



Vårdprogram för vuxna med ADHD

Dokumenttyp: Vårdprogram	Dokumentnamn: Vårdprogram för vuxna med ADHD
Utfärdande PE: Länopsykiatri i Östergötland, Närsjukvården i västra Östergötland	Giltigt från och med: 2009-10-01
Utfärdande enheter: Vuxenneuropsykiatriska länsteamet i Östergötland	Giltigt till och med: 2012-12-31
Huvudförfattare: Verksamhetschef Eva Wasteson	Ansvariga och godkänt av: Martin Strömstedt Närsjukvårdsdir. NSÖ Steen Ekdahl Närsjukvårdsdir NSC Gerd Sandgren Lundström Närsjukvårdsdir NSV
Huvudredaktör: Verksamhetsutvecklare Marianne Helgesson	Ansvarig för revidering: Verksamhetschef Eva Wasteson
	Diarienummer: NSV 33/2010

Revisionshistorik:

Utgåva nr:	Giltig fr.o.m.:	Godkänd av (namn, titel)
1		
2		

Sammanfattning

Personer med ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) har en funktionsnedsättning till följd av bristande förmåga till reglering av kognitiva funktioner, vilken kommer till uttryck i form av uppmärksamhetsbrister, bristande impulskontroll och hyperaktivitet. Dessa brister anses vara neurobiologiskt betingade och genetiska faktorer har en avgörande betydelse för uppkomsten. Funktionsnedsättningen innebär exekutiva svårigheter, d.v.s. svårigheter att planera, initiera, genomföra och avsluta olika mer eller mindre livsnödvändiga sociala eller praktiska aktiviteter. Svårigheterna är mycket ofta förknippade med en låg stresströskel, stark uttrötthet och ojämn prestationsförmåga. Personer med ADHD har dessutom mycket ofta utvecklat en negativ uppfattning om sina egna förmågor och till följd därav ytterligare försämrade exekutiva funktioner samt svårigheter p.g.a. depressivitet, ångest, oro eller skuld känslor. Insatser för svårigheter p.g.a. ADHD kan beskrivas i termer av utredning, anpassning, stöd och behandling.

Ansvar för vissa av dessa insatser - t.ex. utredning eller olika behandlings- eller anpassningsåtgärder som kan vara aktuella - vilar på sjukvården. Socialtjänstens uppgift är att utifrån den enskildes behov ge det stöd och den service som behövs för att personen skall klara sin livssituation. Försäkringskassan administrerar olika förmåner som personer med funktionshinder kan ha rätt till, som sjukersättning, aktivitetsersättning, handikappersättning, arbetshjälpmedel, assistansersättning eller bostadstillägg. Försäkringskassan kan också ordna rehabilitering om behov av sådan finns. Arbetsmarknadsverket och arbetsförmedlingarna har ett särskilt ansvar för personer med funktionshinder genom uppdraget att bedriva *arbetslivsinriktad rehabilitering*. Det finns ett stort behov av att ytterligare utveckla samverkansformer mellan myndigheter avseende insatser för personer med ADHD. Föreliggande vårdprogram vänder sig emellertid huvudsakligen till de olika landstingsverksamheter som har till uppgift att ge insatser för vuxna med ADHD.

Arbetsgrupp

Huvudansvarig: Eva Wasteson, verksamhetschef, leg psykolog, leg psykoterapeut
Neuropsykiatriska länsteamet, Länspsykiatri i Östergötland

Huvudförfattare: Henrik Hindmarsh, leg psykolog
Vuxenneuropsykiatriska länsteamet, Länspsykiatri i Östergötland

Medförfattare: Lotta Ludvigsson, leg arbetsterapeut
Vuxenneuropsykiatriska länsteamet, Länspsykiatri i Östergötland

Anna Pawlowska, psykiater
Vuxenneuropsykiatriska länsteamet, Länspsykiatri i Östergötland

Referensgrupp:

Ulrika Almquist, kurator, Neuropsykiatriska utredningsenheten för vuxna, Närsjukvården i östra Östergötland

Kenny Augustsson, kurator, Neuropsykiatriska utredningsenheten för vuxna, Närsjukvården i centrala Östergötland

Andreas Bengtsson, leg psykolog, Vuxenpsykiatriska kliniken, Närsjukvården i centrala Östergötland

Ruth Jönsson, leg sjuksköterska, Neuropsykiatriska utredningsenheten för vuxna, Närsjukvården i centrala Östergötland

Sara Lönnqvist, leg arbetsterapeut, Neuropsykiatriska utredningsteamet för vuxna, Närsjukvården i västra Östergötland

Erika Pettersson, leg arbetsterapeut, Neuropsykiatriska utredningsenheten för vuxna, Närsjukvården i östra Östergötland

Folke Rydström, leg psykolog, Vuxenpsykiatriska kliniken, Närsjukvården i västra Östergötland

Åsa Schiller, leg psykolog, Neuropsykiatriska utredningsenheten för vuxna, Närsjukvården i östra Östergötland

Jane Wennberg, leg sjukgymnast, Vuxenpsykiatriska kliniken, Närsjukvården i västra Östergötland

Yvonne Wessel, socionom, leg psykoterapeut, Redakliniken, Linköping

Ing-Mari Winborg, leg psykolog, Vuxenpsykiatriska kliniken, Närsjukvården i östra Östergötland

Per Woxler, psykiater, Neuropsykiatriska utredningsenheten för vuxna, Närsjukvården i centrala Östergötland

Referensgruppen och Vuxenneuropsykiatriska länsteamet har träffats vid sju tillfällen.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	2
ARBETSGRUPP	3
REFERENSGRUPP:	3
FÖRORD	6
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
DIAGNOSTISK UTREDNING	1
FRAMTRÄDANDE SVÅRIGHETER HOS PERSONER MED ADHD	1
MOTIV FÖR GENOMFÖRANDE AV EN DIAGNOSTISK UTREDNING	2
FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR UTREDNINGAR AV GOD KVALITET	2
TIDSÅTGÅNG	2
NÄR BLIR UTREDNING AKTUELL	2
INNEHÅLLET I UTREDNINGEN	3
UTREDNINGENS OLIKA DELAR	4
ANAMNES	4
PSYKIATRISK DIFFERENTIALDIAGNOSTIK OCH SAMPROBLEMATIK	5
FUNKTIONSFÖRMÅGA, FUNKTIONSNEDSÄTTNING	6
NEUROPSYKOLOGISK BEDÖMNING	6
ARBETSTERAPEUTISK BEDÖMNING	6
SJUKGYMNASTISK BEDÖMNING	6
OBSERVATIONER I SAMBAND MED SAMTAL OCH TESTER	6
MEDICINSK UNDERSÖKNING	6
SUMMERA, DISKUTERA OCH INTEGRERA UTREDNINGSRISULTATEN	7
SAMVERKANSMÖTE	7
RUTINER	7
ANPASSNING, STÖD, BEHANDLING	8
ANPASSNING AV DEN PSYKOSOCIALA OCH DEN FYSISKA MILJÖN	8
<i>Utredning och psykopedagogik</i>	8
<i>Förhållningssätt inom olika verksamheter</i>	8
<i>Förändringar av den fysiska och psykiska miljön</i>	9
<i>Hjälpmedel</i>	10
STÖD I VARDAGSLIVET	10
<i>Praktiskt/pedagogiskt stöd, ”coach”</i>	10
<i>Stöd i kontakten med vårdapparaten och andra myndigheter</i>	11
<i>Behov av stöd i privatlivet</i>	11
<i>Stöd i samband med högre studier</i>	12
<i>Intyg</i>	12
<i>Anhörigstöd</i>	12
BEHANDLING	12
<i>Medicinering</i>	12
<i>Neurokognitiv träning</i>	13
<i>Psykoterapi/psykopedagogiska behandlingsprogram</i>	13
<i>Insatser från sjukgymnast</i>	13
UTVECKLINGSBEHOV	14
KVALITETSUTVECKLING	14
SAMVERKAN	14
<i>Samverkansgrupper</i>	14
BEHOV AV DIAGNOSTISK UTREDNING	15
LITTERATUR	16

BILAGOR.....	18
BILAGA 1 DIAGNOSKRITERIERNÄ FÖR ADHD.....	18
BILAGA 2 ADHD UNDER BARNDOMEN	23
BILAGA 3 ADHD-KRITERIERNÄ I ETT VUXENPERSPEKTIV	24
BILAGA 4 BEDÖMNINGSSINSTRUMENT FÖR ANAMNES.....	29
BILAGA 5 DIFFERENTIALDIAGNOSTIK OCH SAMSJUKLIGHET	31
BILAGA 6 NEUROPSYKOLOGISK BEDÖMNING.....	35
BILAGA 7 ARBETSTERAPEUTISK BEDÖMNING.....	37
BILAGA 8 BETEENDEOBSERVATIONER I SAMBAND MED SAMTAL OCH TESTER	38
BILAGA 9 MEDICINSKA UNDERSÖKNINGAR SOM KAN VARA MOTIVERADE ...	40
BILAGA 10 HUR OMFATTANDE BÖR EN MENINGSFULL UTREDNING VARA? ...	42
BILAGA 11 OLIKA ROLLER FÖR STÖD.....	44
BILAGA 12 EXEMPEL PÅ PEDAGOGISKT STÖD FÖR STUDERANDE PÅ HÖGSKOLENIVÅ.....	45
BILAGA 13 FARMAKOLOGISK BEHANDLING.....	46
BILAGA 14 NYA RIKTLINJER FRÅN LÄKEMEDELSVERKET FÖR LÄKEMEDELSBEHANDLING AV ADHD.....	52
BILAGA 15 KVALITETSUTVECKLING	53
BILAGA 16 SOCIALSTYRELSENS FÖRESKRIFTER OCH ALLMÄNNA RÅD OM SAMORDNING AV INSATSER FÖR HABILITERING OCH REHABILITERING	54

Förord

Inom Landstinget i Östergötland finns det flera vårdprogram. Avsikten är att de ska vara länsövergripande och framöver också regionala, det vill säga gemensamma för sydöstra sjukvårdsregionen.

I samband med det medicinska programarbetet 1996-1997 började utarbetandet av vårdprogram inom barn- och ungdomspsykiatri i Landstinget i Östergötland. Detta har varit ett framgångsrikt arbete och man har gjort flera revideringar av vårdprogrammen och arbetar efter dessa. Vid de återkommande patientsäkerhetsdialogerna som finns i Landstinget i Östergötland tar man under begreppet kvalitet upp detta med vårdprogram och om man arbetar efter dessa. Detta är en mycket viktig fråga i Landstinget i Östergötland. I avtalen med Hälso- och sjukvårdsnämnden har uppdraget att ta fram vårdprogram funnits. Under ett drygt år har vi haft ett mycket aktivt vårdprogramarbete och tagit fram flera vårdprogram inom det psykiatriska fältet. Framförallt har vårdprogram inom vuxenpsykiatri tagits fram men också några åldersövergripande. Samtidigt har man också reviderat flera av vårdprogrammen inom barn- och ungdomspsykiatri.

Vårdprogrammen ska baseras på vetenskap - det vill säga evidens (där sådan finnes) och beprövad erfarenhet. Vidare ska man beakta det som finns i de nationella riktlinjerna. Vårdprogrammen har tagits fram med en bred förankring från början med medarbetare i de olika grupperna från hela länet. I flera grupper är det medarbetare både från primärvård och psykiatri.

Nu måste förankringsarbetet fortsätta så att detta blir väl förankrat i verksamheterna. Det är av stor vikt att vi nu implementerar dessa vårdprogram. Vi har på kort tid lyckats åstadkomma en stor kunskapsmassa som det är viktigt att ta tillvara.

Tack för att Ni har deltagit i detta viktiga arbete avseende vårdprogram.

Christina Karlsson
Chefläkare
Processledare specialistpsykiatri

Inledning

Vårdprogrammet vänder sig till olika landstingsverksamheter som har uppgiften att ge insatser för vuxna med ADHD. Dessa verksamheter är i stor utsträckning nyetablerade eller under utveckling i länet och det är i dagsläget mindre meningsfullt eller omöjligt att utforma mycket detaljerade riktlinjer beträffande det kliniska arbetet, organisationsfrågor och olika verksameters plats i vårdkedjan. För att på sikt säkerställa en i länet enhetlig vård av god kvalitet är det däremot angeläget att med utgångspunkt från det aktuella kunskapsläget, försöka beskriva på vilka metodtekniska villkor utredning, stöd, anpassning och behandling bör ske, samt även övergripande om behovet av utveckling inom området. Den större delen av innehållet är hämtat direkt från det nationella "Vägledningsdokument. ADHD hos vuxna", utarbetat av arbetsgruppen för Nationell psykiatrisamordnings projekt "ADHD och autismspektrumtillstånd hos vuxna" 2007. Mycket utgår också från "Utredning och diagnostik av ADHD hos vuxna, utgiven av psykologiförlaget 2005. Ambitionen har varit att utforma ett relativt koncentrerat, överskådligt och användbart dokument, som inte i onödig utsträckning belastas av kunskaper som lika väl går att inhämta i den gängse litteraturen. Kompletterande information som i förekommande fall kan vara till nytta för vårdgivare finns i bilagor.

Bakgrund

Diagnosen ADHD är ursprungligen utformad för barn. DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th. edition) anger samma diagnostiska kriterier för ADHD oavsett ålder (se Bilaga 1), vilket har varit föremål för diskussion. Även om definitionen av ADHD är den samma för vuxna som för barn präglas yttringarna och konsekvenserna av ADHD hos den vuxne både av erfarenheterna under uppväxten och av de aktuella livsomständigheterna. Den kliniska bilden vid ADHD hos en vuxen blir därmed ännu mer varierande än hos barn. Några senare vetenskapliga studier som undersökt förekomst av ADHD-problem har funnit att 2-4 % i stora befolkningsgrupper i USA uppfyller de uppställda kriterierna för diagnosen ADHD i vuxen ålder. Siffran tycks vara avsevärt mycket större bland patienter i den psykiatriska öppenvården. Många med ADHD har huvudsakligen bristande uppmärksamhet (ADD). ADHD med huvudsakligen överaktivitet och impulsivitet är mindre vanligt. Orsakerna till ADHD är, liksom när det gäller flertalet psykiatriska diagnoser, inte fullt klarlagda, men genetiska faktorer har stor betydelse.

Diagnostisk utredning

Framträdande svårigheter hos personer med ADHD

De mest framträdande svårigheterna hos personer med ADHD är uppmärksamhetssvårigheter, koncentrationsproblem, intellektuell uttrötthet, rastlöshet, bristande impulsivitet, och svårigheter att planera. De har ofta svårt att komma igång med, och sedan slutföra, vad de satt sig för. ADHD medför ofta en påtagligt försämrad livskvalitet, med bristande framgång i studier och yrkesliv, familjerelationsproblem och psykisk ohälsa. Många har också andra psykiatriska problem, såsom depression eller ångest. För somliga kan livet i stort fungera väl, men ofta finns en stresskänslighet eller sårbarhet som gör att de lever på marginalen för vad de orkar.

Typiskt för personer med ADHD är deras motsägelsefulla sätt att fungera. De fungerar väl under vissa förhållanden och kan ha imponerande kunskaper och färdigheter, men har under andra förhållanden stora svårigheter att klara uppgifter och vardagsrutiner. Det finns en risk för och många exempel på att alla med samma diagnos dras över en kam, att man inte inser att de individuella

skillnaderna mellan personer med samma diagnos kan vara lika stor som mellan en individ med diagnos och en utan.

Motiv för genomförande av en diagnostisk utredning

Motivet för att utföra en diagnostisk utredning är att hjälpa en person att förstå de problem han/hon upplever i sin vardag, att identifiera eventuella behov av anpassning, stöd och hjälp samt att ge underlag för att utforma behandlingsinsatser i samverkan med andra vårdgivare eller verksamheter.

Förutsättningar för utredningar av god kvalitet

Förutsättningen för en diagnostisk utredning är att personen själv önskar en sådan, eftersom man upplever sig ha problem som man vill få förklarade och hjälp med, och som man önskar få ett namn, en diagnos, på. Att inför utredningsarbetet tydligt definiera personens egna frågor för att under utredningens gång kunna relatera till dessa kan vara en stor fördel.

För att en utredning skall kunna leda till att stöd och behandlingsinsatser blir meningsfulla och effektiva är det viktigt att personen själv förstår och kan acceptera så många aspekter av sitt funktionshinder som möjligt. Att i utredningens alla moment kunna bevaka och stärka personens eget engagemang och intresse av utredningens olika frågeställningar, liksom att hjälpa personen att assimilera ny information om sig själv, är alltså av avgörande betydelse för det slutliga resultatet.

För att genomföra en utredning av god kvalitet krävs utredare med erfarenheter och kunskaper om hur ADHD kommer till uttryck hos vuxna, om utredningsmetodik och vuxenpsykiatri.

Tidsåtgång

Tidsåtgången för en utredning kan naturligtvis variera mycket från fall till fall, beroende på hur tydliga symptomen är och beroende på vilken problembild personen uppvisar. Undantagsvis, där andra utredningar föregått den neuropsykiatriska utredningen och där omfattande aktuell dokumentation finns tillgänglig, och om syftet med utredningen endast är att ställa diagnos, kan en utförlig anamnes ibland vara tillräcklig. Man bör naturligtvis överväga i vilken utsträckning och på vilket sätt en sådan utredning är meningsfull (se Bilaga 10).

Ofta behövs just tid - för att få en bild av personen över tid, möjligheter till direkt observation, för intervjuer som kan vara mer eller mindre svårbearbetade och för att skapa utrymme för klientens egna frågor, reflektioner och reaktioner. Beroende på med vilken intensitet arbetet bedrivs kan utredningstiden variera mellan en vecka och flera månader. Mycket beror självklart på utredningsteamets vana och på tillgång till upparbetade rutiner.

När blir utredning aktuell

Innan en fördjupad utredning påbörjas måste det finnas klara indikationer på förekomst av de beteenden/symptom som definieras i diagnoskriterierna för ADHD - från såväl barndom som för närvarande, och med hänsyn tagen till hur dessa kan komma till uttryck hos vuxna (se Bilaga 1). Det måste också finnas tydliga tecken på att dessa symptom utgör en kliniskt signifikant belastning för personen. Ett beprövat screeninginstrument används lämpligen som underlag för att avgöra detta, t.ex. ASRS (se Bilaga 4). Att sedan bedöma om symptomen står att härleda till neuropsykiatrisk problematik och om - och på vilket sätt denna problematik i sin tur går att sammanfatta i termer av någon diagnos, utgör en del av den neuropsykiatriska utredningen.

Innehållet i utredningen

För att diagnosen ADHD skall kunna fastställas eller avfärdas måste följande frågor besvaras:

1. Finns tydliga tecken på de grundläggande symptomen - ouppmärksamhet, hyperaktivitet, impulsivitet?
2. Finns faktabaserade belägg för att symptomen orsakar betydande funktionsnedsättning ifråga om studier, arbete eller i det sociala livet och vad gäller förmågan att klara av vardagslivets olika komplikationer?
3. Har symptomen observerats som en integrerad del av personens beteende i olika situationer alltsedan barndomen? Om så inte är fallet, finns det en trovärdig förklaring för varför symptomen inte uppmärksammats förrän senare, eller för varför de tycks ha förekommit endast periodvis?
4. Vad styrker att symptomen inte är beroende av att personen befunnit sig i situationer som varit eller är tillfälliga och övergående, inneburit brist på incitament att anstränga sig eller varit dåligt anpassade efter normala variationer i fråga om personliga förutsättningar och intressen?
5. Förklaras symptomen bättre av någon annan psykiatrisk eller medicinsk diagnos?

För att en utredning skall vara meningsfull och ha en terapeutisk eller behandlingsförberedande funktion finns det också anledning att:

1. Undersöka om det finns andra psykiatriska diagnoser eller problem tillsammans med symptomen på ADHD.
2. Kartlägga personens funktionsnivå/styrkor och svagheter inom olika områden.
3. Undersöka möjliga orsaksfaktorer.
4. Kartläggning av risk- och skyddsfaktorer av betydelse för stöd och prognos.
5. Med personen summera, diskutera och integrera utredningsresultaten

Diagnosen ADHD beskriver ett tillstånd där mycket vanliga och hos varje människa förekommande beteenden och egenskaper föreligger i exceptionell omfattning. Det saknas mätmetoder som objektivt kan avgöra om en person har ADHD eller ej. En diagnostisk bedömning måste alltså ske med utgångspunkt från en sådan mängd insamlad information att det finns underlag för att jämföra individens problem med kriterierna i DSM-IV (se Bilaga 1) eller ICD-10, så att det kan göras trovärdigt att personen har eller inte har ADHD.

En diagnostisk bedömning består därmed inte heller i att identifiera en viss personlighetstyp, utan i att avgöra symptomens intensitet, frekvens, debut, hur genomgripande och varaktiga de är och i vilken grad de hämmar personens livsföring.

Diagnoskriterierna är anpassade efter barn och ungdomar och framför allt pojkar. Det finns anledning att förvänta sig att uttryck för utåtriktad hyperaktivitet, hos vuxna ofta utgör en mindre framträdande del av symptombilden än hos barn. I samband med upptagandet av barndomsanamnes finns det anledning att beakta att samma förhållande gäller flickor.

När diagnoskriterierna används för vuxna gäller också generellt att antalet symptom är av mindre intresse än i fråga om barn. (McGough och Barkley, 2004) föreslår att antalet symptom som måste uppfyllas avseende ouppmärksamhet respektive hyperaktivitet skulle kunna minskas från sex till fyra.) Av större intresse är istället hur intensiva och varaktiga effekter symptomen har på personens funktionsförmåga.

Eftersom ADHD är ett utvecklingsrelaterat tillstånd, och eftersom diagnosen i princip endast kan ställas om ADHD-symptom inte endast förelegat, utan även medfört betydande problem redan under barndomen - DSM-IV stipulerar att problemen måste ha funnits före sju års ålder (McGough och Barkley, 2004) föreslår på basis av förekommande forskning att gränsen skulle kunna förskjutas till före 12 års ålder) - är det viktigt att poängtera att barndomsanamnesen utgör en central del av underlaget vid en diagnostisk bedömning.

Utredningens olika delar

Följande övergripande delar bör ingå i utredningen

1. Anamnes
2. Psykiatrisk differentialdiagnostik och utredning av samproblematik
3. Bedömning av funktionsförmåga och funktionsnedsättning:
 - a. Neuropsykologisk bedömning
 - b. Arbetsterapeutisk bedömning samt
 - c. Sjukgymnastisk bedömning (i förekommande fall)
4. Medicinsk undersökning
5. Återförande av utredningsresultaten till klienten
6. Om patienten så önskar - initierande och deltagande i planering av insatser från andra berörda verksamheter

Så som ADHD-diagnosen är utformad definieras den i former av en anamnes, vilken alltså måste utgöra substansen i den diagnostiska utredningen. De övriga momenten har som syfte att dels - och i den utsträckning det kvarstår osäkerhet angående diagnos efter det att anamnestisk information inhämtats - underbygga eller ifrågasätta den anamnestiska informationen, dels att berika utredningen med för personen meningsfull och behandlingsförberedande information.

Anamnes

Anamnesen skall främst kartlägga aktuella och tidigare symptom på ADHD, personens funktionsförmåga i vardagen, risk- och skyddsfaktorer, kroppslig hälsa och tidigare eller aktuella symptom på psykisk sjukdom.

För att identifiera om personen har de symptom som definierar en diagnos måste intervjun innehålla en noggrann genomgång av DSM-IV-kriterierna för ADHD med utgångspunkt från kunskap om hur symptomen ter sig både hos barn och vuxna. (se Bilaga 1, 2 och 3). Anamnesen bygger på intervjuer med personen själv samt med andra som har ingående kunskaper om personen, dels från barndom och uppväxt, dels aktuell sådan.

Eftersom intervjun utgör ett så tungt moment i bedömningsunderlaget och eftersom frågeställningen är synnerligen allvarlig och rör förekomst av ett livslångt och bestående funktionshinder som satt djupa spår i personens tillvaro sedan tidigaste ålder och vars yttringar är sammanvävda med personens karaktär och identitetsupplevelse, är det viktigt att intervjuklimatet är förtroende

ingivande och att det finns öppenhet och noggrant utrett samförstånd i fråga om utredningens innehåll och syfte. Intervjuns struktur måste också optimeras efter de svårigheter att strukturera, gradera och prioritera i förmedlandet av självbiografiska data, som ofta förekommer hos personer med ADHD. Det är alltså inte bara intervjuarens kunskaper om ADHD, om barns fysiska och psykiska utveckling och om differentialdiagnostiska frågor, utan även hennes/hans handlag och vana vid uppgiften, som är av betydelse för bedömningens kvalitet. Ett omfattande, semistrukturerat och evidensbaserat intervjuunderlag kan vara till stor hjälp vid anamnesupptagningen. (se Bilaga 4)

Till hjälp i detta arbete finns också olika formulär för skattning av symptom under barndomen samt för aktuella symptom (se Bilaga 4). Vissa av formuläerna är utformade att besvaras av personen själv, men samtidigt möjliga att använda som underlag vid intervjuerna med anhöriga eller bekanta. Retrospektiva skattningarna är av naturliga skäl speciellt osäkra och uppgifterna skiljer sig ofta beroende på om personen själv, föräldrarna eller före detta lärare gör skattningen.

Skalorna har ofta god förmåga att fånga in personer med ADHD, men förmår inte att med någon säkerhet diskriminera mellan ADHD och andra tillstånd som kan ge liknande symptom, t.ex. depression.

Till buds stående skattningsskalor kan inte besvara samtliga frågor i en ADHD-utredning (se ovan) och det är inte möjligt att ställa diagnos endast utifrån dessa skalor. För att få den nödvändiga överblicken över personens utveckling, över ADHD-symptomens omfattning och för att identifiera alternativa förklaringar till dessa, är det viktigt att intervjun inte inskränker sig till frågor som endast rör förekomst eller inte förekomst av symptom på ADHD, utan är ägnad att ge en generell bild av personens utveckling, men med speciell uppmärksamhet avseende kognitiva, psykosociala, psykiatriska och somatiska frågor.

Det är en stor fördel om intervjumaterialet kan berikas med data från så många källor som möjligt. Ett användbart underlag för anamnesen är tidigare dokumentation, t.ex. i form av journalmaterial från Barn- och skolhälsovård, BUP, Vuxenpsykiatri, bedömningar och utredningar gjorda i samband med mönstring, vid socialkontor eller arbetsförmedling, förlossningsjournal och avgångsbeleg från åk 9.

Psykiatrisk differentialdiagnostik och samproblematik

Kartläggningen som beskrivits ovan skall också klarlägga om personen har någon annan diagnos eller annat tillstånd som bättre förklarar symptom, d.v.s. ta fram underlag för differentialdiagnostiska överväganden och eventuellt andra tillstånd/diagnoser (s.k. samsjuklighet) som kräver särskilda åtgärder. Särskilt bör följande beaktas:

- Affektiva tillstånd; depression, bipolär sjukdom
- Ångesttillstånd
- Missbruk (alkohol, narkotika eller andra droger)
- Kriminalitet, asocialt beteende, antisocial personlighetsstörning
- Personlighetsstörning som borderlinestörning
- Autismspektrumtillstånd
- Inlärningssvårigheter: läs-/skrivsvårigheter, dyslexi, utvecklingsstörning
- Tics, Tourettes syndrom
- Sömnstörningar (se vidare Bilaga 5)

Funktionsförmåga, funktionsnedsättning

En central del i en utredning av ADHD är att analysera hur personen fungerar i sin vardag i arbete, studier, familjeliv, relationer etc. och på vad sätt denne är påverkad av sina symptom d.v.s. personens *funktionsförmåga*. Det är denna som avgör inriktning och omfattning av stöd och behandling.

Neuropsykologisk bedömning

Resultaten från bedömningen utgör, genom att förse utredningen med mer detaljerad information om personens kognitiva svagheter och styrkor, och hur dessa påverkar hans/hennes funktionsförmåga, en grund för eventuella behandlingsinsatser och utvärdering av behandlingseffekter, samt i samband med en omsorgsfullt planerad återkoppling till personen, en möjlighet till ökad självförståelse och acceptans.

En kartläggning av personens kognitiva funktioner kan också ge mer eller mindre avgörande evidens för eller emot de bedömningar som görs med utgångspunkt från anamnesen. Den kan också ge ett mått på ADHD-symptomens svårighetsgrad. Bedömningen kan också vara också nödvändig av differentialdiagnostiska skäl, t.ex. för att avgöra om de resultat som framkommer utgör en del av någon annan problematik med specifik neuropsykologisk påverkan, t.ex. lindrig mental retardation. (se vidare Bilaga 6)

Arbetsterapeutisk bedömning

Den arbetsterapeutiska bedömningen utgör den mest direkta ansatsen att undersöka och kartlägga förekomst av ADHD-symptom, eftersom syftet är att samla in detaljerad information om personens faktiska vardagsfungerande. En omfattande arbetsterapeutisk bedömning är på ett mycket konkret sätt behandlingsförberedande, men kan naturligtvis också bidra till de diagnostiska slutsatserna.

Bedömningen består bl.a. i en kartläggning av personens förmågor i olika vardagsaktiviteter, t.ex. praktiska/manuella förmågor, förmågan att organisera och anpassa aktiviteter, kognitiva förmågor i olika vardagssituationer och kommunikationsfärdigheter. (se vidare Bilaga 7)

Sjukgymnastisk bedömning

Problem relaterade till motoriken är kliniska tecken på neuropsykiatrisk problematik. I vardagen upplever vuxna med ADHD sällan motoriska problem. De kan däremot i en mer pressad bedömningssituation ofta uppleva svårigheter med koordination, balans och finmotorisk snabbhet. Det finns också ofta ett lågt grundtonus. Personer med ADHD kan uppleva kroppsliga smärtor och kan vara i behov av kroppskännedomsövningar, avspänningsövningar och olika träningsprogram.

Observationer i samband med samtal och tester

Det går att få betydelsefull information genom de observationer av personens sätt att vara som man gör i samband med olika undersökningsmoment. Några exempel på beteenden som kan finnas hos en person med ADHD i samtal eller i samband med undersökningar ges i Bilaga 8.

Medicinsk undersökning

Syftet med en medicinsk bedömning är inte först och främst diagnostiskt. En medicinsk bedömning kan dock behövas för att undersöka om det finns något pågående behandlingsbart medicinskt tillstånd som ligger bakom eller bidrar till symptomen. Skälet kan också vara att undersöka om personen har ett syndrom t.ex. till följd av kromosomrubbing, där beteendeavvikelseerna är del i en större problembild eller om personen tidigare råkat ut för någon hjärnskada som kunnat påver

ka de kognitiva funktionerna. Även om det relativt sällan förekommer är det förstås mycket angeläget att en behandlingsbar sjukdom inte missas. Dessutom har personer som utreds mycket ofta egna frågor om möjliga orsaker. (se vidare Bilaga 9)

Summera, diskutera och integrera utredningsresultaten

Det diagnostiska ställningstagandet utgår från det samlade utredningsunderlaget. Det är önskvärt att detta sker i ett samtal där utredarna tillsammans går igenom det material man har och väger samman det till en gemensam diagnostisk bedömning.

En viktig del av en utredning är att sedan presentera och förankra utredningsresultaten för patienten och dennes närstående. Presentationen skall förklara den diagnostiska bedömningen samt motivera och ge en grund för åtgärdsplanering. En bra presentation ställer krav på att utredarna kan knyta an till hur personen själv upplever sina problem, och att de kan konkretisera utredningsresultaten så att de förklarar dessa svårigheter. I den utsträckning de fynd som framkommit i utredningen, kontinuerligt återkopplats till och diskuterats med personen, underlättas arbetet med att informera om utredningsfynden och skapa acceptans för och tillit till dessa.

Det är ofta otillräckligt med presentation av utredningsresultaten vid endast ett tillfälle. Det är angeläget att också närstående, speciellt om de deltagit i utredningen, får ta del av utredningsresultatet.

Ett skriftligt utlåtande efter utredning ska:

- Benämna funktionshindret
- Beskriva dess konsekvenser för individen
- Ge basala rekommendationer om vilket stöd och andra insatser som är motiverade

De bör vara skrivna så att de kan förstås av personen själv liksom av personer som inte arbetar inom sjukvården. Hur utlåtanden utformas kan ha stor betydelse då olika verksamheters bedömning av vilka rättigheter och behov personen har många gånger baseras på dessa.

Samverkansmöte

Ofta behövs insatser från andra verksamheter. Därför kan det efter en utredning vara motiverat att initiera en vårdplanering till vilken man inbjuder handläggare inom de verksamheter som kan vara berörda. Att inbjuda inremitterande eller den som ska upprätthålla en fortsatt behandlingskontakt är ofta lämpligt (om utredare och behandlare inte är identiska).

Rutiner

För att personer med ADHD skall garanteras utredning av god kvalitet behövs rutiner som främjar utvecklandet och bevarandet av kompetens inom området. Det kan därför finnas anledning att begränsa utredningsansvaret till specificerade personer inom varje enhet och att dessa fördelar de olika roller som krävs för att genomföra en utredning sinsemellan. Rutiner kan sedan utformas på ett sätt som passar enheten ifråga. Förutom de rutiner som rör den del av utredningsarbetet som beskrivs ovan, är det speciellt viktigt att ha rutiner för att upprätthålla kontakten med personen under utredningen, vilket ofta kräver speciella åtgärder med tanke på de exekutiva svårigheter som är förknippade med ADHD. Erfarenheter tyder på att drogscreening också bör ske rutinmässigt. Att ha ett smidigt system för rekvisition av tidigare dokumentation och journalhandlingar är också en fördel.

Anpassning, stöd, behandling

Huvudsyftet med den neuropsykiatriska utredningen är att utvinna kunskaper om vilka insatser för patienten som är befogade. Det är därför en stor fördel om utredningsteamet också kan delta i insatsarbetet eller åtminstone medverka vid initierandet av insatserna i samarbete med de instanser som har ansvaret för de olika insatserna, t.ex. psykiatri, socialtjänst, arbetsförmedling och försäkringskassa. Teamet har också under utredningen haft möjlighet att skapa den allians med patienten kring hennes/hans funktionshinder, som ofta är nödvändig för att insatser skall bli verksamma. Utredningsteamet har naturligtvis också ett behov av att säkra och utvärdera effekterna av sitt utredningsarbete. De yrkeskategorier som är lämpade att arbeta med insatser - t.ex. läkare, psykolog, arbetsterapeut, socionom, sjuksköterska och sjukgymnast - finns ju också ofta representerade i utredningsteamet. (Se vidare i avsnittet Samverkan s. 19)

Anpassning av den psykosociala och den fysiska miljön

Utredning och psykopedagogik

En första förutsättning för anpassning är den förklaring till personens problem och svårigheter som den diagnostiska utredningen har som syfte att ge, dels i form av diagnosen i sig, dels i en beskrivning av vilka specifika uttryck denna har hos personen ifråga, så att hon/han, med kännedom om sina begränsningar kan utnyttja sina starka sidor, komma runt hinder och tackla svåra situationer samt veta vart man kan vända sig vid behov av hjälp. Utredningen bör alltid innefatta ett psykopedagogiskt moment ägnat att skapa en väl förankrad förståelse och acceptans för de olika aspekterna av funktionshindret hos personen själv och hos hennes/hans närstående. En sådan insats kan i bästa fall utgöra en effektiv form av behandling i sig, men är under alla omständigheter av avgörande betydelse för att ytterligare insatser skall vara verksamma.

Förhållningssätt inom olika verksamheter

Personer med ADHD möter terapeuter, kontaktpersoner och handläggare från många olika verksamheter. Oavsett var de har sin bas måste dessa vara förtroagna med vad ADHD innebär och förstå att misslyckanden, konflikter och problem i relationer snarare är en följd av funktionshindret än grundorsaken till det. Problemen kan inte förstås i termer av att klienten/patienten är ovillig, lat, oansvarig eller självupptagen. Med tanke på att kunskaperna om ADHD inte är väl utbredd hos alla de olika organisationer och myndigheter som en person med ADHD behöver ha kontakt med, kan det ofta vara nödvändigt att information om lämpligt förhållningssätt bibringas dessa kontakter av utredningsteamet.

Mötet med en person med ADHD bör ha en problemlösande ansats och samtalspartnern måste vara aktiv och ge struktur till ett samtal. Det kan gälla att ge ramar med tider och med att i förväg bestämma vad som skall tas upp och att man från början är överens om formerna. Personer med ADHD får ofta många tankar och associationer, och sessionerna kan lätt bli kaotiska om samtalet utgår från vad klienten i stunden kommer att tänka på. Andra personer med ADHD har istället svårt att komma på vad man vill prata om, och det man funderat på hemma är avlägset när man sitter i samtal. I många typer av samtal använder en samtalspartner subtila signaler med gester, kroppsspråk och tonfall för att t.ex. uppmuntra och bekräfta. Då många personer med ADHD har svårt att uppfatta sådana måste man vara tydligare och med ord påpeka sådant som personen kanske aldrig tänkt på. Man måste naturligtvis också ta hänsyn till personens ofta mycket begränsade förmåga till uthållighet och att uppfatta och minnas information.

Förändringar av den fysiska och psykiska miljön

Hem och hushållsarbete: Många personer med ADHD behöver i första hand hjälp att få ordning i hemmet. Om "var sak får sin plats" reduceras mängden intryck och man får helt andra förutsättningar att se sina arbetsuppgifter och ta itu med dem. För att kunna hålla ihop och organisera familjens liv behövs struktur, kanske med tydliggörande av planeringen med hjälp av schema för dagens/veckans händelser eller andra tids- eller minnesstöd.

Personen kan behöva hjälp med att utveckla system och strategier för att: hålla ordning och sortera och slänga saker; organisera och genomföra inköp, matlagning, disk, städning, tvätt m.m.; hitta lösningar så man vet var saker ligger; komma sig för med att laga trasiga saker, göra förbättringar m.m.; komma ihåg att stänga av plattor, strykjärn m.m.; sköta sin kost, motion, sömn, egenvård m.m. Hon/han kan också behöva hjälp med att hitta system för ekonomihantering: sortera räkningar och betala dem i tid; skapa överblick över hur mycket pengar man har att spendera med enkel budget och föra kassabok; hejda chockutgifter för mobiltelefon, impulsiva kontokortsköp m.m.

Arbetsplats: Det kan också vara angeläget att försöka anpassa en eventuell arbetsplats till personens förutsättningar och att hitta fram till en "lagom" arbetsinsats med rimliga förväntningar. Frågor att ta ställning till och väga mot individens unika förutsättningar kan vara: Är arbetsuppgifterna väl definierade och avgränsade så att man kan undvika monotoni? Är arbetsplatsen stökig och alltför stimulerande, eller är det just vad denna person behöver för att trivas och kunna upprätthålla motivationen? Behöver personen utrymme för egna initiativ och egen planering av arbetsuppgifterna? Eller är det tvärtom avgörande att alla val redan är gjorda, så att man vet vad man har att rätta sig efter? Arbetar man bäst under tidspress? Eller behöver man fasta, förutsägbara tidsramar? Kräver arbetet nära och långvarigt samarbete med andra, eller är de personliga kontakterna många och snabba? Det senare underlättar ofta för personer med ADHD. Är det klokt att redan från början sikta in sig på halvtidsjobb?

Vuxenutbildning: Anpassning i vuxenutbildning behövs vid svårigheter som: Att göra flera saker samtidigt: Det kan till exempel innebära att det är omöjligt att samtidigt lyssna på en föreläsning och anteckna eller ta emot information om arbetsuppgifter eller lokaländringar och samtidigt hinna skriva upp det;

Att strukturera och planera sina studier: En mentor eller stödperson kan underlätta för studenten att lägga upp studierna genom att hjälpa till att överblicka och avgränsa arbetsuppgifter, att hitta en rimlig ambitionsnivå och att dela upp arbetsuppgifter i delar med tydlig tidsplanering. Studenten kan också behöva extra handledning vid praktik och uppsatsarbete;

Koncentrationssvårigheter: Svårigheter att fokusera och hålla kvar uppmärksamheten kan medföra att tankarna glider iväg och att man som studerande missar delar av lektionsinnehållet. Att få spela in lektionerna kan vara en lösning. Långa undervisningspass eller långa skrivningar kanske måste undvikas;

Att utestänga ovidkommande sinnesintryck: Svårigheten med att utestänga ovidkommande sinnesintryck gör att studenten blir trött och får ännu svårare att koncentrera sig. Den studerande behöver kanske till exempel hitta en lugn plats där man kan dra sig undan för att vila eller plugga, eller få göra sina tentor i lugn miljö;

Förändrad dygnsrytm: Personer med ADHD har ofta svårt att komma till ro på kvällen och somna och sedan att vakna på morgonen och komma i tid till skolan. En stödperson som hjälper till att skapa och upprätthålla rutiner för vardagen och som till exempel ger väckningshjälp, kan vara till stor nytta;

Trötthet: Många personer med ADHD kan ha vant sig vid att vända på dygnet och tycker att de presterar bäst på kvällen och natten. De behöver särskild hjälp att hålla sig i gång på förmiddagen. Många studerande med ADHD måste anstränga sig för att kompensera för sina svårigheter, och sådant som andra inte alls upplever som ansträngande blir mycket tröttnande, som t.ex. att vistas i uppehållsrum med mycket folk. Detta (och sömnbrist) ger trötthet som kan vara konstant under dagen eller komma som attacker. Ett vilrum eller annat tyst och avskilt ställe där man kan dra sig tillbaka kan vara till stor hjälp. Studenten kan behöva förlängd tid för inläsning av kursmaterial, en långsammare studietakt eller studier på deltid;

Att orientera sig och hitta rätt i nya okända miljöer: Studenten kan behöva hjälp att tillsammans med en stödperson gå runt och lära känna området. Att vara osäker på hur man ska hitta skapar stress.

Hjälpmedel

Olika hjälpmedel kan exempelvis göra det lättare att planera och organisera uppgifter och att minnas och vara uppmärksam på det som är viktigt i stunden. Olika produkter som tydliggör den planering man har framför sig - alltifrån enkla veckoscheman till handdatorer eller mobiltelefoner med kalenderfunktion - underlättar. Många upplever att de befinner sig i ett konstant stresstillstånd som minskar när de får hjälp med tidsplanering. Så kallade "auditiva prompts" som exempelvis signaler från en handdator eller klocka kan fungera som påminnare. En kalendersignal som påminner om start- och stopptider för olika aktiviteter kan hjälpa en att komma igång, alternativt inte "fastna" i en uppgift. "Bolltäcken" kan vara till stor hjälp för sömnproblem eller stress. Medicindosetter med påminnelalarm kan behövas för regelbundet upprätthållande av medicinering. Vissa kognitiva hjälpmedel förskrivs av arbetsterapeut (vilka framgår av Landstingets riktlinjer för hjälpmedelsförskrivning), andra finns tillgängliga på den öppna marknaden.

En förutsättning för att hjälpmedel och kognitivt stöd ska fungera är att personerna får den träning och inläring som de behöver och att det sker i de miljöer där hjälpmedlen används. Det kan också vara svårt för en del att komma igång med att använda hjälpmedel, och att göra det i längden. Många tröttnar och återgår till det gamla vanliga. Vissa personer med ADHD revolterar mot en känsla av att bli styrda och reglerade, och har svårt att mobilisera det intresse och den entusiasm som behövs för att fortsätta använda hjälpmedlen. För vissa känns rutiner och scheman hämmande, och tillvaron upplevs som alltför inrutad. För andra är det gränslösheten som är påfrestande och de kan uppleva tidsplaneringen som befriande.

Stöd i vardagslivet

Praktiskt/pedagogiskt stöd, ”coach”

Många personer med ADHD behöver ha en tät, kontinuerlig och fortlöpande kontakt med någon som stöttar dem att kompensera för deras exekutiva brister och som kan hjälpa till med målformulering, planering, med att påminna och motivera. En s.k. "coach" kan fylla denna funktion. Några exempel på vad en coach kan arbeta med är:

Dags - och veckoplanering: strukturera och synliggöra aktiviteter och händelser; synliggöra och strukturera tiden; införa och följa rutiner; få saker uträttade i tid; organisera fasta ramar för den personliga ekonomin; beräkna tidsåtgång och passa tider; göra listor på "att göra"; dela upp uppgifter i delmål som kan prickas av varterfer.

Arbete och studier: sortera material och organisera kommande uppgifter; komma ihåg möten och åtaganden; komma igång med och avsluta uppgifter; prioritera och hushålla med tiden; göra en sak i taget; fokusera och avgränsa sig; korrekt uppfatta meddelanden, uppmaningar och instruktioner; utveckla studieteknik.

Fritid och samhälle: orientera sig om utbudet av information; begränsa sig; komma sig för; komma ihåg vad man ska göra, när och var; hitta dit man ska; komma i tid.

En coach definieras ofta som någon med en framåtsyftande uppgift att stärka personens autonomi och oberoende, genom att hjälpa denne att utveckla en fördjupad förståelse för sitt funktionshinder och hur detta påverkar hennes/hans liv, att tillsammans med personen utveckla färdigheter och strategier för att förbättra den exekutiva förmågan i syfte att uppnå viktiga livsmål, samt att bistå personen med att vara fokuserad på sina mål och med att övervinna problem som uppkommer. Det är samtidigt viktigt att komma ihåg att personer med ADHD kan ha behov av denna typ av stöd för exekutiva svårigheter under lång tid. En coach kan vara någon inom vården eller socialtjänsten, eller inom privat verksamhet. Det finns även andra roller för stöd i vardagslivet (se Bilaga 11).

Stöd i kontakten med vårdapparaten och andra myndigheter

En del personer med ADHD har en stor mängd vårdkontakter, inte minst om man dessutom har tilläggsproblem. I vissa fall behöver man hjälp med att reducera mängden kontakter t.ex. genom att någon får vara den man vänder sig till i första hand. Personer med ADHD har ofta svårt att ta tillvara sina rättigheter, ta och upprätthålla kontakt med myndigheter och själv initiera och samordna de stöd- eller rehabiliteringsinsatser man kan ha behov av. Många personer med ADHD kan ha behov av en "kontaktperson" med uppgift att initiera eller samordna andra insatser. (Se Bilaga 11)

Behov av stöd i privatlivet

Parrelationer: För vuxna med ADHD är parrelationer och familjeliv ofta fyllda av irritationsmoment. Det är inte så konstigt att det är svårt att organisera hela familjens liv när man har svårt att ordna upp sitt eget. Om man är en person som glömmer överenskommelser, har svårt att förutse hur lång tid en uppgift tar, skjuter upp vad man har framför sig eller fastnar vid oväsentligheter väcker det förstås frustrationer hos de närmaste. Konfliktfyllda parrelationer kan motivera familjerådgivning eller parterapi, men återigen krävs att den förmedlas med kunskap om ADHD.

Föräldraskap: Många föräldrar med ADHD önskar stöd från någon som kunde hjälpa dem i kontakterna med myndigheter som försäkringskassa eller socialförvaltning, att ordna möten, hålla reda på tider, ordna ansökningar mm. För en förälder med ADHD som har barn med egna problem är inte sällan kontakten med dagis och skola särskilt svår. Om man själv framstår som slarvig och oorganiserad kan det vara extra svårt att få skolan att förstå barnens problem. Det ligger nära till hands att personalen anser att barnets problem bottnar i familjeproblem. Föräldrar med ADHD kan också behöva avlastning och stöd i hemmet. Man efterfrågar konkret hjälp med barnen eller hjälp med att städa, att få ordning på saker och liknande. Vissa föräldrar kan dra nytta av korta avgränsade stödinsatser men ofta finns behov av mer långsiktigt stöd.

Stöd i samband med högre studier

Det finns särskilda samordnare för studenter med funktionshinder på alla universitet och högskolor. Samordnarens uppgift är att organisera pedagogiskt stöd för de studenter som behöver det. Syftet med stödet är att kompensera för svårigheter som kan uppkomma i studiesituationen på grund av funktionshinder. En förutsättning för att få stöd är att man genom intyg, utredning eller motsvarande kan styrka att man har ett funktionshinder. Det är i samtal mellan student och samordnare som det pedagogiska stödet planeras. Samordnaren har tystnadsplikt. För exempel på pedagogiskt stöd som en studerande på högskolenivå kan få tillgång till se Bilaga 12.

Intyg

Personer med ADHD behöver ofta läkarintyg som ska lämnas till olika myndigheter, till exempel för att få ersättning från Försäkringskassan, som underlag för behovsbedömning hos Socialtjänsten, lönebidrag från Arbetsförmedlingen, körkortstillstånd, god man mm.

Anhörigstöd

T.ex. till barnen, till sambo/make/maka, till föräldrarna Personer med ADHD/DAMP känner ett stort beroende av sina nära anhöriga och de belastar dem med sitt sätt att fungera. Många har också barn som har diagnos vilket komplicerar familjesituationen ytterligare.

Behandling

Omfattar t.ex. medicinsk behandling, hjälpmedel, neurokognitiv träning, terapeutisk behandling i form av samtalsgrupper, individuell terapi, stödsamtal. Metoder behöver utvecklas, utprovas och göras tillgängliga för fler. Inga behandlingsformer har hittills kunnat "bota" ADHD, men däremot kunnat lindra dess effekter.

Medicinering

Är ofta aktuell för behandling av ADHD-symptomen eller av eventuella samtidiga psykiatriska symptom. Det finns flera vetenskapliga studier avseende effekter och biverkningar av läkemedelsbehandling av vuxna med ADHD, även om dokumentationen är långt mindre omfattande än för barn. Olika översikter anger att 50 - 75% av vuxna med ADHD har god effekt av medicinering, d.v.s. något färre jämfört med för barn. Den genomsnittliga minskningen av symptom, för dem som svarar på medicineringen är ca 50%, och inte lika hög som vid behandling av barn, även om den är hög om man jämför med effektstorlek vid behandling med andra psykofarmaka.

Personer som är väl motiverade för att inleda behandlingen kan ändå ha svårt att upprätthålla behandling under lång tid. Man förväntas ta sin medicin varje dag med krav på viss regelbundenhet i livsföringen (t.ex. tid på dagen då medicinen ska tas) och måste ofta, i varje fall i starten, stå ut med vissa biverkningar vilket sammantaget inte alltid är så lätt för en person med ADHD. Därför behöver patienten ha tät kontakt med den mottagning som ansvarar för medicineringen för uppföljning av behandlingsresultat och eventuella biverkningar. För att skapa kontinuitet i dessa kontakter visar erfarenheter att det är en stor fördel att det är en sjuksköterska som är lätt att nå som ansvarar för dessa.

Hanteringen av de aktuella läkemedlen är relativt enkel jämfört med många andra psykofarmaka. Men för att utnyttja dess effekt optimalt och balansera eventuella biverkningar krävs att ansvarig

läkare skaffar sig stor erfarenhet av de läkemedel som kommer ifråga. (Se vidare Bilaga 13 och 14)

Neurokognitiv träning

Neurokognitiv träning i olika former är en behandlingsmetodik som väckt stort intresse i hela världen och vilken anses ha en stor utvecklingspotential. Exempel på i Sverige förekommande system för neurokognitiv träning är bl.a.:

Cogmeds arbetsminnesträning för vuxna - ReMemo visar signifikanta effekter på förmåga till uppmärksamhet, impuls kontroll och problemlösning. Vårdgivare kan köpa tidsbegränsad licens för obegränsat antal träningar, inklusive coachutbildning för behandlare.

RehaCom består av mer än 20 olika datoriserade program för neurokognitiv träning, ursprungligen utvecklade för hjärnskaderehabilitering. Uppmärksamhet, koncentration, vigilans och logiskt tänkande är några träningsområden. Utvärdering av behandlingseffekter pågår.

Psykoterapi/psykopedagogiska behandlingsprogram

Konventionella terapiformer, framför allt KBT eller DBT, kan vara till nytta för behandling av såväl ADHD-symptom som psykiatrisk tilläggsproblematik hos vuxna. Det finns även terapiprogram som riktar sig specifikt mot ADHD:

KBT-program enligt Safren et.al., 2005, är inriktat på att utveckla och konsolidera copingstrategier avseende organisation, distraktion och kognition. Behandlingen är avsedd att utgöra ett komplement till medicinering. Randomiserad och kontrollerad studie visade signifikant minskning av såväl ADHD-symptom som ångest och depressivitet. Den genomsnittliga minskningen av ADHD-symptom var 50%.

DBT-baserad färdighetsträning enligt Heslinger et.al., 2002 är en manualiserad metod med specifika teman baserade på ADHD-symptom och de psykosociala konsekvenserna av ADHD, som prövats på vuxna missbrukare vid Beroendecentrum Stockholm. Gruppbehandlingen består av fyra hörnstenar: psykoedukation, mindfulness, beteendeanalys och hemuppgifter med coachstöd. Skattningar visar på förbättringar framförallt inom områdena depression, ångest, sömn och impulsivitet.

Neurokognitiv rehabilitering enligt Stevenson et.al., 2002, är ett grupprogram bestående av tre delar - kognitiv träning, undervisning i praktiska och kognitiva kompensationsstrategier samt anpassning av den fysiska omgivningen - och som leds av terapeut tillsammans med individuella coacher. En studie visade en 50% förbättring av ADHD-symptom ett år efter träningens avslutande. Organisationsförmåga, självförtroende och förmåga att hantera ilska förbättrades också signifikant.

Insatser från sjukgymnast

Det är vanligt att personer med ADHD upplever kroppsliga smärtor. Det finns många orsaker till detta, t.ex. svårigheter att använda lagom mycket kroppskraft, dålig kroppskänedom, spänningstillstånd relaterade till stress och oro, svårigheter att bedöma när det är dags att ta paus från olika aktiviteter m.m. Aktuella sjukgymnastiska insatser kan vara ryggskola, kroppskännedomsövningar, avspänning, vattengympa eller att träna i styrda rörelsebanor (t.ex. på Gym). Träning i grupp, gärna med andra med samma svårigheter, är att föredra och det är extra viktigt att träningen sker i en rolig och positiv atmosfär.

Utvecklingsbehov

Kvalitetsutveckling

Krav på insyn och redovisning gäller också verksamheter som arbetar med diagnostik, behandling och andra insatser åt personer med ADHD. Redovisningen av vad verksamheten utför bör innefatta tillgång på utbildad personal, beskrivning av insatser som erbjuds, verksamhetens kapacitet t.ex. när det gäller utredningar och vad som faktiskt utförts.

Det bör finnas någon typ av kvalitetsmätning av brukarnas uppfattning av verksamhetens insatser (se Bilaga 15). Ett bra kvalitetsarbete förutsätter att all personal är involverad och att det finns en verksamhetsplan att utgå från. Ytterligare ett kvalitetskrav är kontinuerlig samverkan med intresse-/brukarorganisationer.

Det bör på administrativ landstingsnivå finnas information att hämta om var kompetens finns inom landstinget, hur den ser ut och hur man når kontakt med den. Det kan inte enbart vara den enskilda verksamhetens ansvar att informera om vad man kan erbjuda.

Det finns behov av en kvalitetskontroll av de utbildningar som erbjuds anställda inom olika verksamheter.

Samverkan

Människor, inte minst personer med ADHD, har ofta sammansatta problem, som kräver insatser från flera myndigheter. Insatserna som dessa förmedlar är till mycket större hjälp om de grundas i en samsyn mellan de olika myndigheterna och personen det gäller och att de sedan leder till en gemensam planering verksamheterna emellan.

Samverkan i ett enskilt ärende kan bestå i att olika aktörer tillför olika perspektiv för att komma fram till en helhetsbedömning av den enskildes behov. Samverkan kan också innebära att olika verksamheter tillsammans planerar samlade insatser där parterna tar ett gemensamt ansvar för den enskilde utifrån sina olika kompetenser och uppdrag.

Samverkan underlättas av utveckling av samverkansrutiner, t.ex. inom formella samverkansorgan. Men brist på sådana får inte hindra konkret samverkan kring en enskild individs behov. Verksamheter måste vara varandra behjälpliga med att förmedla kunskaper och erfarenheter om den hjälpsökande och dennes behov. Det är angeläget att sekretessregler följs samtidigt som sådana inte får anges som hinder för att "slippa" samverkan. Samtidigt måste samverkan utgå från respekt för individen och för att olika verksamheter har olika uppdrag och kompetens. En verksamhet kan inte beställa åtgärder från en annan eller styra dennes insatser. Åtgärderna ska också vara efterfrågade av personen det gäller, som måste vara informerad och känna delaktighet i all planering. (Se även Bilaga 16)

Samverkansgrupper

Ett effektivt sätt att skapa samverkan kring personer med ADHD eller andra neuropsykiatriska tillstånd kan vara att inom kommuner, Arbetsförmedling och Försäkringskassa skapa samverkansgrupper specialiserade för personer med neuropsykiatrisk problematik.

Behov av diagnostisk utredning

Med ökande kunskap och medvetenhet om att ADHD också finns hos vuxna söker/remitteras allt fler personer för utredning. På många håll i landet är väntetiderna orimligt långa. Därigenom fördröjs också andra insatser som är beroende av att diagnos klarlagts. Samtidigt finns tyvärr en tendens att inte göra något, i avvaktan på diagnostisk utredning. Många insatser som kan underlätta en persons liv är inte egentligen diagnosberoende, och borde kunna initieras utifrån en probleminventering snarare än utifrån diagnosen. Exempel på sådana insatser är olika kommunala stödinsatser eller behandling mot missbruk. Viss rådgivning till personer som väntar på en utredning är också befogad, t.ex. förberedande information inför utredningen och upplysning om att ordinarie vårdgivare kan anlitas under väntetiden. Det finns dock ett stort behov av att fler enheter än i dag tar ansvar för utredning av personer med misstanke om ADHD. (se även Bilaga 10).

Litteratur

- Barkley, R.A. (Ed.). (2006). Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment (3rd ed.). Guilford press.
- Bernfort, L. (2005). "Hur påverkas vardagslivet av ADHD och närliggande funktionshinder?" Analys och sammanfattning av en enkätstudie riktad till Riksförbundet Attentions medlemmar. Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi. Linköpings universitet.
- Brown, T. (2005) Attention Deficit Disorder: The unfocused mind in children and adults. Yale University Press New Haven & London.
- Faraone, S.V., Biederman J., Spencer T., et al. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: An overview. *Biological Psychiatry*. 48:9-20.
- Finn, S.E., (2007). In our clients´ shoes: Theory and techniques of therapeutic assessment. Lawrence Erlbaum associates.
- Hellberg Edström, G. (2004). Behov av habiliteringsinsatser för vuxna med diagnos ADHD och/eller DAMP inom Stockholms län. Stockholms läns landsting. <http://www.adhd-netverket.se/pdf/ADHDRapport2004.pdf>
- Hesslinger, B., van Elst, L.T., Nyberg, E., Dykieriek, P., Richter, H., Berner, M., et al. (2002). Psychotherapy of attention-deficit hyperactivity disorder in adults: A pilot study using a structured skills training program. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 252, 177-184.
- Kadesjö, B. m.fl. (2007). Så här kan man göra. Vägledningsdokument. ADHD hos vuxna. Utarbetat av arbetsgruppen för Nationell psykiatrisamordnings projekt "ADHD och autismspektrumtillstånd hos vuxna" <http://www.socialstyrelsen.se>
- Kessler, R.C., Adler, L.A., Ames, M., Barkley, R. A., Birnbaum, H., Greenberg, P., et al. (2005). The prevalence and effects of adult attention deficit/hyperactivity disorder on work performance in a nationally representative sample of workers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47, 565-572.
- Kessler, R.C., Adler, L.A., Barkley, R. A., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., et al. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the national comorbidity survey replication. *American Journal of Psychiatry*, 163, 716-723.
- McGough, J. & Barkley, R. (2004). Diagnostic controversies in Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Am J Psychiatry* 161:1948-1956.
- Millstein, R.B., Wilens, T.E. Biederman, J. & Spencer, T.J. (1997). Presenting ADHD symptoms and subtypes in clinically referred adults with ADHD. *Journal of attention disorders*, 2, 159-166.
- MISA (2008). Att delta i arbetslivet - med stöd, för personer med ADHD. Slutrapport. <http://www.misa.se/ADHD-projektet.aspx>

- Murphy, K.R. & Adler, L.A. (2004). Assessing Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults: Focus on Rating Scales. *Journal of Clinical Psychiatry* 65:12-17.
- Nigg, J.T. (2006). *What causes ADHD?: Understanding what goes wrong and why*. New York: Guilford.
- Nylander, L., Holmqvist, M, Gustafson, L, Gillberg, C. (2008). ADHD in adult psychiatry: Minimum rates and clinical presentation in general psychiatry outpatients. *Nord J Psychiatry* 2008;62:000.
- Nyman, H. & Bartfai, A. (2000). *Klinisk neuropsykologi*. Lund: Studentlitteratur.
- Ramsay, J.R. & Rostain, A.L. (2007). *Cognitive-behavioral therapy for adult ADHD: An integrative psychosocial and medical approach*. Routledge.
- Safren, S.A., Perlman, C.A., Sprich, S., Otto, M.W. (2005). *Mastering your adult ADHD: A cognitive-behavioral treatment program*. Oxford University Press.
- Socialstyrelsen (2002). *ADHD hos barn och vuxna*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Stevenson, C.S., Whitmont, S., Bornholt, L., Livesey, D., Stevenson, R.J. (2002). A cognitive remediation programme for adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 36, 610-616.
- Utredning och diagnostik av ADHD hos vuxna.(2006). Psykologiförlaget AB.
- Utredningsprogram för neuropsykiatriska störningar hos vuxna (1998). Psykiatriska kliniken, Kungälv's sjukhus. Kungälv.
- Wender, P.H. (1998). Pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (Suppl. 7) , 76-79.
- Wilens, T.E., Biederman, J. & Spencer, T.J. (2002). Attention deficit/hyperactivity disorder across the life span. *Annual review of medicine*, 53, 113-131.
- Wilens, T.E., Spencer, T.J. & Biederman, J. (2002). A review of the pharmacotherapy of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Attentional Disorders*, 5, 189-202.

Bilagor

Bilaga 1 Diagnoskriterierna för ADHD

Inom sjukvården i Östergötland registreras patientbesök enligt WHO:s internationella klassifikationssystem ICD-10. De flesta väljer att i den kliniska verksamheten definiera ADHD utifrån kriterierna i DSM-IV och sedan registrera med de benämningar som finns i ICD-10. ICD-10 utgavs på svenska 1997, men uppdateras årligen av Socialstyrelsen (se hemsida).

För diagnos ADHD krävs enligt den svenska översättningen av DSM-IV att:

A. antingen (1) eller (2):

(1) minst sex av följande symptom på **ouppmärksamhet** har förelegat i minst sex månader till en grad som är maladaptiv och oförenlig med utvecklingsnivån

a) är ofta ouppmärksam på detaljer eller gör slarvfel i skolarbete, yrkesliv eller andra aktiviteter

b) har ofta svårt att bibehålla uppmärksamheten inför uppgifter

c) verkar ofta inte lyssna på direkt tilltal

d) följer ofta inte givna instruktioner och misslyckas med att genomföra skolarbete, hemsysslor eller arbetsuppgifter (beror inte på trots eller på att personen inte förstår instruktionerna)

e) har ofta svårt att organisera sina uppgifter och aktiviteter

f) undviker ofta, ogillar eller är ovillig att utföra uppgifter som kräver mental uthållighet (t.ex. skolarbete eller läxor)

g) tappar ofta bort saker som är nödvändiga för olika aktiviteter (t.ex. läxmateriel, pennor, böcker eller verktyg)

h) är ofta lätt distraherad av yttre stimuli

i) är ofta glömsk i det dagliga livet

(2) minst sex av följande symptom på **hyperaktivitet-impulsivitet** har förelegat i minst sex månader till en grad som är maladaptiv och oförenlig med utvecklingsnivån

a) har ofta svårt att vara stilla med händer eller fötter eller kan inte sitta still

b) lämnar ofta sin plats i klassrummet eller i andra situationer där personen förväntas sitta kvar på sin plats en längre stund

c) springer ofta omkring, klänger eller klättrar mer än vad som anses lämpligt för situationen (hos ungdomar och vuxna kan det vara begränsat till en subjektiv känsla av rastlöshet)

d) har ofta svårt att utöva fritidsaktiviteter lugnt och stilla

e) verkar ofta vara "på språng" eller "gå på högvarv"

f) pratar ofta överdrivet mycket

g) kastar ofta ur sig svar på frågor innan frågeställaren pratat färdigt

h) har ofta svårt vänta på sin tur

i) avbryter eller inkräktar ofta på andra (t.ex. kastar sig in i andras samtal eller lekar)

B. Vissa funktionshinderande symptom på hyperaktivitet/impulsivitet eller ouppmärksamhet skall ha funnits före sju års ålder.

C. Någon form av funktionsnedsättning orsakad av symptomen föreligger inom minst två områden (t.ex. i skolan/på arbetet och i hemmet).

D. Det måste finnas klara belägg för kliniskt signifikant funktionsnedsättning socialt eller i arbete eller studier.

E. Symptomen förekommer inte enbart i samband med någon genomgripande störning i utvecklingen, schizofreni eller något annat psykotiskt syndrom och förklaras inte bättre av någon annan psykisk störning.

Undergrupper

Hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning, ADHD i kombination: Båda kriterierna A1 och A2 har varit uppfyllda under de senaste sex månaderna.

Hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning, ADHD, huvudsakligen bristande uppmärksamhet: Kriterium A1 har varit uppfyllt under de senaste sex månaderna, men inte kriterium A2. (Ofta förekommer förkortningen *ADD, Attention Deficit Disorder* som diagnostisk benämning för denna grupp.)

Hyperaktivitetssyndrom med uppmärksamhetsstörning, ADHD, huvudsakligen hyperaktivitet-impulsivitet: Kriterium A2 har varit uppfyllt under de senaste sex månaderna, men inte kriterium A1. För personer, i synnerhet vuxna och ungdomar, med symptom som inte längre helt uppfyller kriterierna skall "i partiell remission" också anges.

ADHD-kriteriernas validitet för vuxna

Vetenskapliga översikter över ADHD hos vuxna slår fast att ADHD är en diagnos som har "ekologisk validitet", d.v.s en diagnos som har stor betydelse för en drabbad individ. ADHD kan diagnostiseras reliabelt och diagnosen har prognostisk betydelse.

Däremot finns det mycket lite vetenskaplig dokumentation om validiteten av de diagnostiska kriterierna för vuxna. Det innebär att det ännu inte finns något vetenskapligt belägg för att DSM-IV-kriterierna är de som bäst ringar vad som experterna menar är karakteristiskt för diagnosen ADHD hos en vuxen person, d.v.s. funktionsnedsättande uppmärksamhets- och/eller impulsivitets-/överaktivitetsproblem.

DSM-IV kriterierna har använts i många studier av ADHD hos vuxna och de personer som identifierats med kriterierna visar sig ha betydande funktionsnedsättningar. Men också andra kriterier har använts (t.ex. "Utah-kriterierna") vilket man skall vara medveten om då man jämför resultat från olika studier.

Några kommentarer till kriterierna A-E

Kriterium A: "Minst 6 av 9 kriterier för ouppmärksamhet respektive överaktivitet-impulsivitet..."; Denna "cut off-gräns" för diagnos är baserad på fältförsök med barn och framför allt pojkar i åldern 4 till 17 år. Någon motsvarande undersökning är inte utförd på vuxna och det finns inget vetenskapligt underlag för att påstå att det är just sex av kriterierna som utgör gräns för ADHD hos en vuxen person. Det går heller inte att påstå att det sätt som vart och ett av DSM-symptomen är formulerade på är det som bäst karakteriserar vuxna med ADHD. Några är t.o.m. formulerade på ett för vuxna inadekvat sätt (saknar "face validity") som "springer ofta omkring, klänger eller klättrar", ""har ofta svårt att utöva fritidsaktiviteter lugnt och stilla". Kriteriernas formulering måste, som beskrivs ovan, översättas till vad som karakteriserar problemen hos vuxna.

Det finns flera forskare som vid genomgång av diagnoskriterier för ADHD för vuxna påvisar att ett betydande antal personer med ADHD inte uppnår gränsen 6 symptom även om de har betydande funktionsnedsättning av sina ADHD-symptom. Vissa forskare har föreslagit att ut-

fall på minst fyra kriterier borde räcka som gräns för diagnos. Man sammanfattar att DSM-IV kriterierna är stränga och att de inte identifierar alla vuxna med uppenbar funktionsnedsättning till följd av ADHD symptom eller som har behov av behandling. Inte minst är det risk att kvinnor med betydande problem till följd av ADHD inte identifieras.

Kriterium B: "*Vissa funktionshinderande symptom på hyperaktivitet/impulsivitet eller ouppmärksamhet skall ha funnits före sju års ålder*"; Utgångspunkten för detta kriterium är att ADHD-symptom visar sig tidigt i barndomen och, om symptomen uppstår senare i livet finns det sannolikt andra orsaker till dem. Med flera studier av barn och ungdomar liksom "ADHD field trails" har inte kunnat visa förekomst av funktionshinderande svårigheter före sju år hos alla barn som faktiskt har ADHD. Ännu svårare har det varit då det gäller vuxna. Det finns flera skäl till detta. Till exempel att det kan vara svårt att få tillförlitliga uppgifter om förhållanden tillbaka i tiden. Personen själv liksom personer i omgivningen kan ha svårt att minnas detaljer långt tillbaka. Vissa experter föreslår därför en vidare åldersavgränsning, som förekomst av problem före 12 års ålder, eller mer allmänt, i "barndomen".

Kriterium C: "*Någon form av funktionsnedsättning orsakad av symptomen föreligger inom minst två områden*"; För barn utgår man från att symptomen skall visa sig i både i hemmet och i skolan (rapporteras av föräldrar och lärare). Vuxna är involverade i många fler sociala sammanhang än barn. Man har olika sociala ansvar, ekonomiska åtaganden, skall klara föräldraskap och barnuppfostran, äktenskap, bilkörning, varför bedömningen av funktion ska värderas i relation till detta.

Kriterium D: Ett centralt kriterium för diagnos är att det måste finnas klara belegg för kliniskt signifikant funktionsnedsättning ("there must be clear evidence of clinically significant impairment") socialt eller i arbete eller studier. Koncentrationssvårigheterna vid ADHD är t.ex. definitionsmässigt inte en reaktion på stressande livssituation eller tillfällig belastning utan innebär att individen har en funktionsnedsättning sedan lång tid tillbaka. Denna funktionsnedsättning skall värderas i relation till den potential individen bedöms ha. Men många vuxna med ADHD har anpassat sitt liv till sina svårigheter så att de inte ständigt påminns om att de faktiskt hindras att leva upp till sin förmåga (lever ensam, har få vänner, orkar inte med viss typ av arbetsuppgifter). Andra exempel är att vuxna med ADHD kan ha lågt självförtroende, lägre utbildningsnivå eller mindre kvalificerat arbete än vad de egentligen har kapacitet för, fungerar bristfälligt på jobbet eller har problem med bilkörning. En erfarenhet är en del personer med ADHD som trots att de är välutbildade har stora svårigheter att behålla ett arbete.

Kriterium E: *Symptomen förekommer inte enbart i samband med någon genomgripande störning i utvecklingen, schizofreni eller något annat psykotiskt syndrom och förklaras inte bättre av någon annan psykisk störning*; Kriterium E ska förstås som att ADHD kan förekomma hos en person med autism liksom hos en person med utvecklingsstörning såvida utredningen klarar att symptomen på ADHD, t.ex. koncentrationssvårigheterna, inte förklaras av personens autism respektive utvecklingsstörning.

DSM-manualen accepterar samtidig förekomst av andra psykiatriska diagnoser eller psykiska problem som uppförandestörning, antisocial personlighetsstörning, missbruk liksom ångest, depression och andra affektiva störningar.

Subtyperna av ADHD hos vuxna

ADHD av kombinerad typ, då personen har såväl stora uppmärksamhetsproblem som överaktivitet och impulsivitet.

ADHD med huvudsakligen hyperaktivitet-impulsivitet vilket är mycket ovanligt hos vuxna utan finns nästan hos yngre barn med en genomgående hög aktivitetsnivå men som ändå klarar att vara uppmärksamma på viktiga saker omkring dem.

ADHD med huvudsakligen bristande uppmärksamhet som är benämning då en person har stora uppmärksamhets- och koncentrationssvårigheter men som inte är överaktiv utan kan för omgivningen till och med te sig passiv. Det kan tyckas motsägelsefullt att även individer som inte alls är överaktiva ändå benämns med en diagnosterm där ordet hyperaktiv ingår. Därför föredrar många att använda förkortningen ADD, Attention Deficit Disorder, för denna grupp.

Symptomen som hänger samman med överaktivitet/impulsivitet, framför allt de synliga, tenderar att minska med åren medan uppmärksamhetsproblemen oftast finns kvar. Inte sällan stämmer problembeskrivningen av en person som haft ADHD av kombinerad typ i barnaåren, med ADHD med i huvudsak uppmärksamhetsstörning när man är vuxen.

Vissa personer upplever att de själva känner igen sig i beskrivningarna av olika subtyper beroende på dagsform, situation och stressnivå och att man ibland tycker sig präglad av sin otålig- het och impulsivitet medan man andra perioder snarare genomgående är trög/långsam.

Funktionsnedsättning

För att diagnos ADHD ska kunna ställas måste ADHD-symptomen ge en funktionsnedsättning, d.v.s. medföra att ens förmåga och prestationer i vardagen inte motsvarar vad man har kapacitet för. Hos många vuxna personer med ADHD är denna funktionsnedsättning uppenbar då ADHD-symptomen påverkar dem i de flesta miljöer och vardagssammanhang. Men ibland är det inte helt lätt att bedöma om en person har vad som i DSM-manualen benämns en "kliniskt signifikant funktionsnedsättning". Hur är det till exempel med en person som har hittat strategier för att klara sin vardag, och som med socialt stöd och acceptans fungerar bättre än många andra? Kan man ändå säga att den personen har en betydande funktionsnedsättning?

En individs prestationer är så varierande och beroende av typ av uppgift och miljö, att gränsen för när man skall bedöma att en person har en "signifikant" funktionsnedsättning i DSM-manualens mening inte är självklar. Flertalet vuxna med ADHD kan till exempel upprätthålla uppmärksamheten under åtminstone kortare perioder, om uppgiften väcker individens intresse och det är en lugn och strukturerad situation. Därför är det risk för att en sådan persons svårigheter inte bli tagna på allvar vid kortare kontakter, till exempel vid ett läkar- eller psykologbe- sök.

Med "kliniskt signifikant" funktionsnedsättning avses att en individ i sin vardag inte når upp till prestationer i nivå med sina förutsättningar och vad som kan förväntas i ens sociala och kulturella sammanhang. För de flesta vuxna med ADHD är funktionsnedsättningen tydlig, medan det för andra mer handlar om en inverkan på livskvalitet som för individen kan vara mycket betydelsefull. Vissa resursstarka individer med ADHD har kanske inte en funktionsnedsättning i relation till hur många andra människor fungerar, men däremot i relation till sin egen potential. Det är därför viktigt att analysera hur en person fungerar i olika sociala situa- tioner för att värdera hur denne är påverkad.

För att bedöma om en person har en funktionsnedsättning behövs en genomgång av hur olika moment i personens vardag fungerar. Några exempel på hur olika delar av vardagen kan vara påverkad då en person har ADHD:

- **Familjelivet:** En bristande förmåga att planera och orka medför konflikter, då man inte upplevs ta sin del av hemarbetet. Man får förebråelser för att man inte hinner med barnen som man borde, glömmer överenskommelser och verkar allmänt distra.
- **Arbete:** Framgången i arbetslivet är inte i nivå med ens intellektuella resurser eller utbildning. Personen kan klara viss typ av arbetsuppgifter men vid krav på att till exempel ta sig an nya uppgifter, eller då man själv önskar att utveckla sin arbetssituation, går det inte. Kanske tar koncentrationskrävande uppgifter så mycket kraft att man hela tiden upplever sig fungera "på marginalen". För andra har det varit komplicerat att efter utbildning klara det arbete man utbildat sig för, man har ofta bytt jobb, haft svårt med auktoriteter eller svårt att hålla tider eller komma ihåg instruktioner.
- **Privata relationer:** ADHD påverkar relationerna med andra människor, man har ofta dåligt självförtroende, blivit besviken under uppväxttiden och vet inte alltid hur man ska ta kontakt med andra. Vissa har svårt med intimitet. Man blir ensam eller väljer kanske ett ensamliv och accepterar det för att slippa fler besvikelser och konflikter. Utbildning: Vissa personer når inte den utbildningsnivå som motsvarar deras intellektuella kapacitet.
- **ADL:** Även högt fungerande individer med ADHD kan ha svårt att sköta hemsysslor som att diska, stryka, städa, göra inköp, planera och genomföra matlagning, kostvanor, betala räkningar, hålla ordning på papper etc. Det handlar inte om vad individen kan göra utan vad de faktiskt får gjort.
- **"Quality of life":** Vardagsuppgifter kräver så mycket ansträngning att man ständigt upplever sig som "utarbetad" och inte har energi över till vardagens glädjeämnen.

Bilaga 2 ADHD under barndomen

Jämfört med jämnåriga uppvisar barn med ADHD signifikanta nedsättningar inom följande områden:

Kognitiva funktioner

Koncentration på uppgifter som inte i sig är lockande eller tillräckligt intressanta, förmåga att fokusera, upprätthålla och skifta uppmärksamhet; distraherbarhet; organisations- och planeringsförmåga av skolarbete, arbetsuppgifter och vardagsaktiviteter; bearbetningshastighet; mental uthållighet i vardagsuppgifter, arbetsuppgifter och skolarbete; tidsuppfattning.

Beteende

Hyperaktivitet, impulsivitet, underaktivitet, förmåga till egen aktivitetsreglering.

Motorisk utveckling

- Grovmotorik: Gångdebut; koordination av rörelser; klumpighet; bollsinn; balans; idrottsutövande.
- Finmotorik: Handstil; pyssel; sy; knyta skor etc.
- Höger-vänsterhänthet: Tydlig handpreferens? Vid vilken ålder "valdes" hand.

Emotionella funktioner

Förmåga till emotionell självreglering; snabb pendling i stämningsläge; lättväckt arousal; svårigheter att varva ned; ilska; frustrationstolerans; nedstämdhet.

Språkutveckling

Läs- och skrivsvårigheter; kommunikationsfärdigheter.

Akademisk/intellektuell utveckling

Inlärningssvårigheter; stödundervisning/specialklass; skolbetyg; underpresterat i relation till sina intellektuella resurser.

Klassrumsbeteende

Följsamhet vad gäller regler/instruktioner.

Sociala funktioner

Förmåga att skaffa och behålla vänner; samspel med andra; samarbetsförmåga; aggressivitet/påstridighet; blyghet; hänsynstagande; socialt ansvarstagande; typ av fritidsintressen och aktiviteter; mobbades; utsatt för social utfrysning; mobbade andra.

Bilaga 3 ADHD-kriterierna i ett vuxenperspektiv

När kriterierna i DSM-IV en gång formulerades gjordes det utifrån vad som karakteriserar barn och egentligen vad som karakteriserar ADHD hos pojkar i skolåldern. Därför är det nödvändigt att beskriva hur kriterierna kan te sig hos en vuxen person. Följande genomgång utgår från hur kriterierna för ADHD är formulerade i DSM-IV.

Symptom på ouppmärksamhet

a) är ofta ouppmärksam på detaljer eller gör slarvfel i skolarbete, yrkesliv eller andra aktiviteter; En vuxen person med ADHD har lätt att förbise detaljer i den uppgift han/hon håller på med och missar eller blandar ihop information. Uppgifter som kräver att man är noggrann upplevs lätt som stressande. Vissa kompenserar detta med att bli överdrivet noggranna och måste lägga ner orimligt lång tid på uppgifter eftersom man är rädd att missa viktiga detaljer. Svårigheterna kan också komma till uttryck i sociala relationer genom att delar av samtalet går dem förbi eller att de misstolkar sociala signaler. De ser inte en kommentar eller gest i sitt sammanhang och uppfattar därmed situationen annorlunda än vad andra avser.

b) har ofta svårt att bibehålla uppmärksamheten inför uppgifter; Många vuxna med ADHD har svårt att upprätthålla uppmärksamheten på en uppgift om den inte är påtagligt intressant. Då man t.ex. skall lyssna på ett föredrag, följa en konversation, läsa en bok eller se en teaterföreställning bär tankarna iväg. Arbetsuppgifter blir kanske inte färdiga därför att man plötsligt kommit på något annat och startar något nytt. Spännande eller intressanta aktiviteter kan fungera bra, medan förmågan att hålla fast vid och slutföra mer tråkiga uppgifter är ofta mycket svårt.

c) verkar ofta inte lyssna på direkt tilltal; Personer med ADHD får ofta kommentarer från sina närmaste för att de inte verkar lyssna eller för att det är svårt att fånga deras uppmärksamhet. Även när man tycks ha hört har han/hon ändå inte riktigt tagit in vad som sagts eller exakt vad som skall göras. Det är som att personen inte är riktigt närvarande, inte på plats i rummet eller i situationen utan liksom "avstängd" från omgivningen. Tankarna finns någon annan stans.

d) följer ofta inte givna instruktioner och misslyckas med att genomföra skolarbete, hemsysslor eller arbetsuppgifter (beror inte på trots eller på att personen inte förstår instruktionerna); För en person med ADHD är det ofta svårt att uppfatta och minnas längre instruktioner för att sedan hålla fast vid och följa dem. På samma sätt har många en oförmåga att fånga innehållet när de läser en instruktion till exempel i en manual utan de måste läsa texten gång på gång för att pränta in den. Det kan vara förklaringen till att överenskommelser och förpliktelser i hemmet inte blir utförda.

Att inte klara att leva upp till omgivningens förväntningar leder lätt till en känsla av utanförskap. Unga vuxna kan ta sin tillflykt till marginaliserade grupper med destruktivt beteende, vilket i förlängningen kan leda till missbruk och kriminalitet.

e) har ofta svårt att organisera sina uppgifter och aktiviteter; ADHD medför ofta svårigheter att organisera arbetsuppgifter och skaffa överblick eller struktur i vardagen. Följden blir inte sällan upprepade irritationsmoment genom att de kommer för sent, missar överenskommelser, inte kan hålla tider, påbörjar utan att slutföra och ofta får det rörigt omkring sig. En del löser detta genom att lämna över ansvaret för vardagens rutiner till någon i omgivningen såsom make/maka där hemma eller sekreteraren på jobbet. Andra kan upplevas som överdrivet noggranna eftersom ingenting går automatiskt. Uppgifter tar tid och utförandet blir omständligt.

Till exempel kan det vara mycket svårt att skriva en uppsats där man ska organisera och sammanfatta mycket information.

f) undviker ofta, ogillar eller är ovillig att utföra uppgifter som kräver mental uthållighet (t.ex. skolarbete eller läxor); Saker blir inte utförda utan man skjuter upp det man borde ta itu med. Det är som att man inte kan mobilisera den energi som krävs för att utföra uppgifter som kräver mycket koncentration, uppmärksamhet och uthållighet, såsom att svara på brev, fylla i deklara-tionsblanketten, betala räkningar, röja upp bland sina papper, städa eller tänka ut och genomföra matinköp.

g) tappar ofta bort saker som är nödvändiga för olika aktiviteter (t.ex. läxmaterial, pennor, böcker eller verktyg); Det är vanligt att personer med ADHD tappar bort saker, förlägger plån-boken, tappar nycklar eller anteckningar från jobbet, glömmer var de parkerade bilen och inte minns vilka verktyg de tog med sig till uppgiften.

h) är ofta lätt distraherad av yttre stimuli; En person med ADHD upplever sig ofta bli störd el-ler distraherad och beskriver hur det kan vara nästan omöjligt att bortse från störningsmoment som andra kanske inte ens märker. Många behöver till exempel ha det helt tyst omkring sig för att kunna utföra uppgifter, framför allt sådana som kräver tankeanstängning.

i) är ofta glömsk i det dagliga livet; Överenskommelser, tider, var man har lagt sina saker – allt sådant faller lätt ur minnet. När man kommer hem från affären upptäcker man att man har glömt hälften eller plockat på sig varor man inte behöver. Man ska sätta på en tvätt, har inget tvättmedel kvar, går ner för att handla, träffar en trevlig granne, kommer hem med diskmedel som också behövdes. Tvätten blir liggande till nästa dag. När många sådana händelser staplas på varandra kan desperation och stress växa sig högt.

Symptom på hyperaktivitet – impulsivitet

a) har ofta svårt att vara stilla med händer eller fötter eller kan inte sitta still; Svårigheten att vara stilla kan hos vuxna med ADHD visa sig i att de ständigt pillar med småsaker, plockar med händerna, fingrar på kläderna, vickar på ett knä, tvinnar en hårslinga, tuggar tuggummi eller ändrar sittställning. Särskilt tydligt blir det i situationer då det inte händer något särskilt.

b) lämnar ofta sin plats i klassrummet eller i andra situationer där personen förväntas sitta kvar på sin plats en längre stund; Frustration och rastlöshet är vanligt när man inte är i rörelse eller håller på med någon fysisk aktivitet. Det kan till exempel vara svårt att sitta kvar vid mat-bordet när man ätit färdigt, eller behålla samma ställning när man samtalar, är på möten eller konferenser. Att sitta stilla och verkligen lyssna, särskilt om det är något svårtillgängligt, gör att det kryper i kroppen. Man ålar sig i stolen och ändrar oupphörligt ställning. Som barn hade man kanske hoppat upp och ner ur stolen men som vuxen kan man i de flesta fall ändå klara av att sitta kvar och lyssna. Men många har svårt att se en hel film utan att gå upp och kasta ut snuset eller gå på toaletten.

c) springer ofta omkring, klänger eller klättrar mer än vad som anses lämpligt för situationen (hos ungdomar och vuxna kan det vara begränsat till en subjektiv känsla av rastlöshet); Många beskriver en ständig känsla av rastlöshet eller att man är jagad, de har svårt att slappna av och vantrivs när inget spännande händer. Känslan av otillfredsställelse infinner sig snabbt när de tvingas vänta på att andra i sällskapet ska bli färdiga eller måste stå och vänta i en busskö eller vid kassan i affären. De vill ständigt ha någonting på gång och känner sig uppåt först när något händer.

d) har ofta svårt att utöva fritidsaktiviteter lugnt och stilla; En person med ADHD beskriver ofta otrivsel eller tycker direkt illa om att bara vara hemma och inte "göra något särskilt". Att vara tvungen att göra något stillsamt ihop med familjen är inte roligt. Han/hon har behov av att alltid ha något i görningen, och inte sällan kallar man sig själv för "arbetsnarkoman".

e) verkar ofta vara "på språng" eller "gå på högvarv"; Närstående upplever ofta att en person med ADHD har ett så uppdrivet tempo eller gör uppgifter med sådan frenesi att andra inte hinner eller orkar med. Personen väntar sig samma tempo av omgivningen. Ledighet ger ingen vila. Det uppdrivna tempot bidrar till en ständig jakt efter nya upplevelser, gärna i utkanten av det tillåtna eller väluppfostrade. Risktagande och spänningssökande kan leda till missbruk och kriminalitet.

f) pratar ofta överdrivet mycket; Många pratar så mycket att andra tycker det är svårt att få till stånd en dialog med personen. Det kan av andra upplevas som pratande för pratandets egen skull mer än att förmedla något som för lyssnaren är viktigt. En stor och snabb associationsrikedom, skämtsamhet och slagfärdighet är för många en tillgång, men kan också göra att andra tycker att personen alltför mycket dominerar en samvaro.

g) kastar ofta ur sig svar på frågor innan frågeställaren pratat färdigt; Många vuxna med ADHD har en tendens att säga det som dyker upp i huvudet utan att tänka på om det är lämpligt tillfälle eller helt passande att säga det. De tycker ofta att andra människor pratar långsamt och omständligt och blir otåliga för att andra inte blir färdiga.

h) har ofta svårt vänta på sin tur; De blir lätt otåliga när något krånglar eller hakar upp sig, rulltrappan eller kön till bankomaten. Får de vänta länge på restaurangen smakar maten inte och kvällen blir förstörd. En del upplever att man måste anstränga sig för att stå ut med att vänta och några ser till att alltid ha med sig något att göra.

i) avbryter eller inkräktar ofta på andra (t.ex. kastar sig in i andras samtal eller lekar); Personer med ADHD kan upplevas som socialt okänsliga eller påträngande genom att de agerar för snabbt och därför oövertänt. De har till exempel svårt att se någon annan fumla med en uppgift (t.ex. låsa upp en dörr) utan att själva rusa fram och ta över uppgiften.

Andra vanliga symptom vid ADHD hos vuxna

Det finns en rad symptom eller svårigheter som inte utgör diagnostiska kriterier, men som är vanligt förekommande vid ADHD och som kan ha stor betydelse för individens funktionsnivå.

- *Förhållande:* Uppgifter blir inte gjorda förrän de absolut måste. I vuxenlivet kan det få allvarliga konsekvenser om inte räkningar blir betalda eller svar på myndighetsbrev uteblir.
- *Låg tolerans för frustrationer* eller "känslolimpulsivitet": Man upplever sig ofta ha "kort stubin", och småsaker kan få dramatiska konsekvenser ifall man förlorar kontrollen över sina reaktioner. Förhållandet till andra människor påverkas. "Hett" temperament är vanligt, men inte nödvändigtvis våld.
- *Stämningstillstånd:* De har ofta snabba skiftningar i sinnesstämningen från att vara "nere", uttråkad och otillfredsställd med vardagen till en nästan euforisk "uppåtkänsla" av att kunna klara allt. Dessa pendlingar blir ofta påfrestande.

- *Lågt självförtroende*: en återkommande känsla av osäkerhet med bristande tilltro till den egna förmågan: Det börjar ofta i barndomen och har en varaktig inverkan på självförtroende och ambitioner, till exempel i studier. Vuxna beskriver ofta att de under åren känt sig "dumma" eller "annorlunda" och oförmögna att klara vad andra tycker är enkelt. Även till synes framgångsrika personer beskriver inte sällan att de bär med sig en känsla av misslyckanden och en rädsla att "avslöjas".
- *Svårt med relationer till andra*: Personer med ADHD kan ha svårt att etablera nära och varaktiga relationer till andra. De bär med sig en känsla av att vara annorlunda eftersom de hade svårt att få vänner under uppväxten. De kan ha haft svårt att hänga med i samtal när det gått fort eller varit stimmigt, och kanske har de vantolkat sociala signaler och missat dolda budskap.
- *Stresskänslighet*: Många personer med ADHD har ständigt en känsla av att inte hinna eller orka, och mycket i vardagen blir ansträngande därför att det kräver extra tankemöda och planering. De har svårt att tåla vardagens vanliga stressmoment och beskriver sig ofta som utarbetade.
- *Söker ständigt stimuli*: Många med ADHD upplever vardagen som grå, inget spännande händer. De måste hela tiden söka nya utmaningar och upplevelser (blir spänningssökande). Omgivningen kan tycka att de därför är spännande och initiativrika, men för personerna själva kan det vara trist och påfrestande att så lätt bli uttråkad och hela tiden tvingas söka ny stimulans, utan att kunna "vila i" att trivas, eller må bra med vad man håller på med för stunden.
- *Sviktande arbetsprestationer*: De upplever ofta att deras arbetsuppgifter kräver så mycket koncentration och tar så mycket på krafterna att de tycker sig fungera "på marginalen", nära utmattningens gräns.
- *Vardagsuppgifter blir inte gjorda*: Sådant som att göra inköp, att handla, städa, hålla reda på sina kläder och pengar kräver mycket mer ansträngning än det gör för andra. Saker går sällan automatiskt. Det handlar inte om någon total oförmåga, men medför att vardagen blir komplicerad och ansträngande.
- *Svårt att göra flera saker samtidigt*: - de man måste göra för att kunna fungera ändamålsenligt och effektivt både i hemarbete och i yrkesliv. Hos personer med ADHD är denna simultankapacitet ofta mycket begränsad.
- *Bristande tidsuppfattning*: Många personer med ADHD har en dålig känsla för tidens gång. Det är en del av orsaken till att de ständigt kommer för sent (eller i vissa fall för tidigt), inte blir färdiga i tid och inte kan beräkna hur lång tid det tar att utföra saker. Det skapar förstås irritation och frustration i ett samhälle som är så tidsstrukturerat som vårt.
- *Svårt med organisation och planering*: Många har svårt att hålla allt de borde minnas i huvudet, vilket gör att de ofta styrs av det som är mest påtagligt för stunden och saknar framförhållning. De överraskas av att det inte finns någon mat i kylskåpet eller att räkningarna inte blivit betalda.
- *"Gränslöshet"*: Hos vissa personer finns ett slags gränslöshet. De märker kanske inte när det är dags att avsluta ett samtal utan pratar på trots att personen de talar med börjar se trött ut. De handlar impulsivt, äter och dricker för mycket, surfar på nätet en hel natt eller spelar musik för högt så grannarna klagat.

- *Perceptionssvårigheter*: innebär svårigheter att snabbt tolka och förstå vad olika intryck betyder som ljud, beröring, avstånd men också sociala signaler.
- *Motoriska svårigheter*: En stor andel av barn med ADHD har motoriska svårigheter. Svårigheterna tenderar emellertid att minska med stigande ålder. Personer vilka som barn fått diagnosen DAMP (Uppmärksamhetsstörning i kombination med störd utveckling av koordinationsförmågan) ser sig ofta som klumpiga även i vuxen ålder. I allmänhet upplever dock inte vuxna med ADHD motoriska problem annat än i mer pressade bedömningsituationer.

Bilaga 4 Bedömningsinstrument för anamnes

Alla utredningsinstrument måste självklart ses som komplement till en övergripande klinisk bedömning, och den information som utvinns måste hela tiden utvärderas utifrån användarens kliniska omdöme.

Strukturerade intervjuunderlag

CAADID, Conners' Adult ADHD Diagnostick Interview For DSM-IV (Jeff Epstein, PhD., Diane Johnson, PhD., & C. Keith Conners, PhD. 2001)

Ett strukturerat och evidensbaserat intervjuunderlag för anamnes med syfte att diagnostisera vuxna med ADHD. Intervjun är uppdelad i två delar som administreras separat. Del ett handlar om en omfattande utvecklingshistorisk kartläggning. Del två riktar sig mot de diagnostiska kriterierna. Finns ej i svensk översättning. Frågorna är dock tänkta att ställas fritt utifrån konkret definierade områden och det är inte svårt att använda sig av den engelskspråkiga versionen. I manualen finns även riktlinjer för hur man hanterar risker för överdiagnostisering och feldiagnostisering, sammanblandning med miljöeffekter, diagnoskriteriernas tillämpning på vuxna individer, begränsad symptombild under utvecklingen, samt fallbeskrivningar. CAADID tar 2 - 3 timmar att genomföra. Kan beställas från MHS, USA.

Formulär

ASRS, The Adult ADHD Self-Report Scale (Kessler, Adler, Ames, Delmer, Faraone, Hiripi, Howes, Jin, Secnik, Spencer, Ustun & Walters, 2005)

Symptomchecklista som består av arton frågor enligt DSM-IV-TR-kriterierna. Sex av de arton frågorna är mer prediktiva för ADHD-symptom. Dessa sex frågor utgör grunden för ASRS Screener v1.1. (för info om de svenska versionerna se <http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/asrs.php>)

Brown Attention-Deficit Disorder Scales for Children and Adolescents, (Brown, 2001. Svensk Version Psykologiförlaget AB 2004) Självskattningsformulär som ger en bild av personens funktionsnivå inom sex kluster: Organisering och aktivering; Fokusera, upprätthålla och skifta uppmärksamhet; Aktivitetsnivå, energi och bearbetningshastighet; Frustrationstolerans och reglering av känslor; Arbetsminne och återgivning; Kontroll och självreglering. Formuläret administreras som en intervju i syfte att retroaktivt skatta ADHD-symptom under barndomen.

Brown Attention-Deficit Disorder Scales (Brown, 1996, Svensk version Psykologiförlaget AB 2005) Självskattningsformulär som ger en bild av en persons funktionsnivå inom fem kluster: Organisering och aktivering; fokusera, upprätthålla och skifta uppmärksamhet; Aktivitetsnivå, energi och bearbetningshastighet; Frustrationstolerans och reglering av känslor; Arbetsminne och återgivning. Formuläret administreras som en intervju. Det finns möjlighet att på samma blankett registrera självskattning och anhörigskattning.

CAARS, Conners Adult ADHD Rating Scale (Conners CK, Erhart D, Sparrow E. , 1999) En självskattningsskala för vuxna innefattar 30 frågor som speglar hur ADHD symptom kommer till uttryck hos vuxna. Den har 4 svarsalternativ från inte alls till väldigt mycket. En svensk version kan användas med licens. Skalan finns också i en version med 66 frågor som berör också andra problemområden som är vanliga vid ADHD.

WRASS, Wender-Reimherr Adult Attention Deficit Disorder Scale (Wender, 1995) Frågeformulär som syftar till att kartlägga ADHD-relaterade svårigheter i en vuxen persons vardag.

WURS, *Wender Utah Rating Scale* (Wender, 1995) Frågeformulär som syftar till att kartlägga en vuxen persons ADHD-relaterade beteende i barndomen.

5-15 (Fem till femton), *Nordiska frågeformulär för utredning av barns utveckling och beteende* (Kadesjö & Gillberg, 2004) Frågeformulär avsett att belysa områden som är viktiga för ett barns utveckling mellan fem och 15 år. Formuläret används som underlag för retrospektiv skattning av utveckling och beteende i den vuxnes barndom.

DSM-IV, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (American Psychiatric Association APA, 1994b, Svensk version Pilgrim Press 1995) Psykiatriska diagnostiska kriterier.

GAF, *Global Assessment of Function* (American Psychiatric Association APA, 1994b. Svensk Version Pilgrim Press 1995)

Enkelt och snabbt skattningsinstrument, som på en skala mellan 0 och 100 anger en persons psykosociala funktionsnivå.

Bilaga 5 Differentialdiagnostik och samsjuklighet

Vuxna med ADHD har mycket ofta andra problem än de som sammanhänger med ADHD. Det är omvänt inte ovanligt att personer som söker hjälp för sociala eller psykiatriska problem har ADHD. Samsjuklighet hos vuxna med ADHD är således snarare regel än undantag och innebär också att det sannolikt är många patienter inom psykiatrin som har ADHD utan att det uppmärksammas i tidigare kontakter.

Ångestsyndrom, depression, bipolär sjukdom (manodepressivitet), personlighetsstörningar (främst borderlinestörning och antisocial personlighetsstörning), Tourettes syndrom, autismspektrumtillstånd, och missbruksproblem är vanligare hos individer med ADHD än i normalbefolkningen. Det är också vanligare med olika typer av inlärningsproblem, t.ex. dyslexi, vid ADHD.

Att samsjuklighet är så vanligt förekommande och innefattar så många olika typer av tillstånd för med sig att problembilden vid ADHD är mycket varierande. Det ställer krav på att utredaren har god allmänpsykiatrisk kunskap förutom kännedom om vad som karakteriserar ADHD hos vuxna.

Det är mycket vanligt att vuxna personer med ADHD har en påtaglig "affektlabilitet" med snabba svängningar mellan att vara "deppig", "nere", "uttråkad" och känslor av att vara uppåt, euforisk eller exalterad. Många har ett häftigt humör med emotionell känslighet, snabba humörsvängningar och ibland en känsla av att "tappa" kontrollen som kan vara skrämmande och ställer till problem i relation till personer i omgivningen.

Mer uttalade affektiva tillstånd förekommer hos vuxna med ADHD. Det gäller både depressiva och bipolära störningar.

Depression

Anpassningssvårigheterna, relationsproblemen och motgångarna som ADHD kan föra med sig påverkar stämningsläget. Många känner uppgivenhet inför svårigheter i vardagen som tycks oövervinnliga, och vissa är belastade av traumatiska minnen.

Nedstämdhet av mer djupgående karaktär som inte kan förklaras som en reaktion på livsomständigheterna är betydligt vanligare hos personer med ADHD än hos andra. Depressionerna är ofta återkommande och atypiska. En klinisk erfarenhet är att deprimerade personer med oupptäckt ADHD blir ofullständigt hjälpta om inte ADHD uppmärksammas. De kan återfinnas bland patienter som uppfattas som "terapiresistenta" av sin behandlare.

Bipolära syndrom

Bipolärt syndrom och ADHD bör övervägas både som samsjuklighet och som differentialdiagnoser. Symptombilderna överlappar varandra i viss mån även om de i de flesta fall är möjliga att särskilja. Förhöjt stämningsläge, grandios självbild, stegrat associationsflöde och forcerad handlingsberedskap kännetecknar den maniska fasen vid bipolärt syndrom, men inte ADHD.

Bland dem som tidigt insjuknat i bipolärt syndrom har en stor andel ADHD. Bipolärt syndrom har visats vara särskilt vanligt hos ungdomar med ADHD och uppförandestörning. Sannolikt förekommer denna kombination också hos vuxna.

Ångestsyndrom

Flera studier har visat att det är vanligt att personer med ADHD har ett eller flera ångestsyndrom. Det gäller såväl generaliserat ångestsyndrom som paniksyndrom, social fobi och tvångsyndrom. Uttrycken för dessa syndrom kan hos personer med ADHD skilja sig från det typiska. Tillstånden kan också förbättras markant om bara adekvata insatser för personens ADHD kommer till stånd, samtidigt som sådana insatser ofta är en förutsättning för att annan behandling skall vara framgångsrik.

Missbruk

Riskerna för att utveckla missbruk eller beroende av alkohol och droger är förhöjda hos personer med ADHD och gäller främst dem som tidigt visat uttalade sociala anpassningssvårigheter. Kombinationen ADHD och olika former av antisociala problem ökar risken för tidig debut och intensivt och mer svårbehandlat missbruk. Sambandet mellan ADHD och missbruk har dokumenterats både i studier av populationer som definierats utifrån ett manifest drogproblem och i prospektiva undersökningar av individer med diagnostiserad ADHD i barndomen. Under pågående missbruk är det mycket svårt att särskilja om symptom som koncentrationssvårigheter förklaras av ADHD eller är följder av missbruket.

Kriminalitet, antisocial personlighetsstörning

Utvecklingen mot antisocial personlighetsstörning går i de flesta fall att spåra tillbaka till barnåren. Redan i förskoleåldern har dessa personer förutom ADHD visat en stark konfliktbenägenhet, trots och aggressivitet. Under ungdomsåren har de med sin impulsivitet svårt att planera och inse konsekvenser av sina handlingar. Efterhand har de ett mönster av lättväckt irritation, aggressivt präglad handlande i konfliktsituationer, de hamnar ofta i slagsmål, kränker andras rättigheter, nonchalerar såväl egen som andras säkerhet och visar inte sällan brist på ångerkänslor. Det är dock viktigt att påpeka att den stora huvuddelen av vuxna med ADHD varken är antisociala eller kriminella.

Andra personlighetsstörningar

Det är vanligt att personer med ADHD uppfyller kriterier för en eller flera personlighetsstörningar framför allt emotionellt instabil personlighetsstörning hos kvinnorna, vilka kan förklaras och förstås utifrån ADHD-diagnosen.

Autismspektrumtillstånd

Ibland kan en person med ADHD misstänkas ha ett autismspektrumtillstånd till följd av sin bristande uppmärksamhet och impulsivitet som gör att personen tycks okänslig för andras sociala signaler. Andra personer med ADHD som blir överdrivet noggranna och omständliga i sin ambition att kontrollera sin bristande uppmärksamhetsförmåga kan av sådana skäl uppfattas ha autismrelaterade svårigheter.

Samtidigt är det inte ovanligt att personer med svåra ADHD-problem också har mer eller mindre tydliga problem inom autismspektrum. Till exempel har barn och ungdomar med svår ADHD ofta vissa symptom som man kan känna igen som "autistiska drag", i form av sociala interaktionssvårigheter, motoriska stereotypier, tendens att fastna för speciella intresseområden eller avvikelser i språkanvändning. När de kommer upp i unga vuxenår är det många gånger dessa symptom som har störst betydelse för individens sätt att fungera.

Personer med ett autismspektrumtillstånd har ofta stora koncentrationssvårigheter. De är inte delaktiga i det som sker runt omkring dem och de förstår inte det sociala skeende som pågår. De

fastnar för oväsentliga detaljer eller har svårt att bli motiverad för uppgifter som andra uppskattar och uppfattas därför ha svårt att koncentrera sig. I dessa fall förklaras uppmärksamhetsproblemen av personens autism och är då av en annan natur än hos en person med ADHD.

I andra fall är det klart att en person med ett autismspektrumtillstånd kan ha stora uppmärksamhets- eller överaktivitetsproblem och att dessa inte enbart kan förklaras av deras autismsassocierade svårigheter. Då är det rimligt att använda två diagnoser, till exempel Aspergers syndrom och ADHD, för att ringa in att personen behöver hjälp för båda problemområdena.

Utvecklingsstörning

Stora koncentrationssvårigheter som ger misstanke om ADHD kan ibland förklaras av att personen inte förstår och därför inte kan vara delaktig i det som sker omkring honom/henne på grund av en utvecklingsstörning. Det är angeläget att utvecklingsstörning som förklaring till stora koncentrationssvårigheter utsluts i utredning av en person som har haft stora skolsvårigheter under uppväxten.

Inlärningssvårigheter; läs- och skrivsvårigheter, dyslexi

Personer med ADHD nästan alltid presterat sämre i skolan än vad de har intellektuella förutsättningar för och når en lägre utbildningsnivå än man kan förvänta. De har haft behov av mycket extra hjälp, gått i specialklass, slutat skolan utan att gå färdigt sin utbildning etc.

Många har haft särskilt svårt med att lära sig läsa och stava och tycker fortfarande som vuxna att läsning är jobbigt och man undviker att läsa om man inte måste. Läsproblem och koncentrationssvårigheter fortsätter att påverka varandra ömsesidigt på ett negativt sett fortsatt i vuxen ålder.

Tourettes syndrom

Det är mycket vanligt att personer med Tourettes syndrom också har ADHD. Tourettes syndrom definieras av förekomst av olika former av besvärande tics, d.v.s. ofrivilliga rörelser eller ljud.

Utredningsinstrument

ADIS-IV, Anxiety Disorders Interview Schedule (Timothy A. Brown, Peter A. Di Nardo & David H. Barlow) Screeningintervju vid ångeststörning.

AUDIT, The Alcohol Use Disorder Identification Test (Bergman, Källmén & Hermansson, 1994) Strukturerad intervju för att fånga riskkonsumenter av alkohol i tämligen tidigt skede. Tonvikten på frekvens, konsumtionsmängd och riskbeteende.

BDI-II, Beck Depression Inventory (Beck, Steer & Brown, 1987. Svensk Version Psykologiförlaget AB 2005) Inventoriet består av 21 grupper av symptom och attityder, vilka självskattas i termer av svårighetsgrad. Bland annat skattas symptomen skuld känslor, pessimism, självförakt, förändringar i aptit och sömnmönster samt självmordstankar.

DUDIT, Drog Use Disorders Identification Test (Berman, Bergman, Palmstierna & Schlyter, 2005) Strukturerad intervju för att fånga en persons riskbeteende och konsumtion av andra droger än alkohol.

Hamilton-skalorna, *Hamilton Depression Rating Scale* (Hamilton M., 1960) Test för skattning av depressiva symptom, framför allt hos personer med redan diagnostiserat depressivt tillstånd. Innehåller 21 frågor.

SCID I, *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders* (Fist, Gibbson, Spitzer, Williams & Benjamin, 1998) Semistrukturerad intervjustöd för psykiatrisk diagnostik som bygger på att man ställer såväl riktade frågor som mer öppna följdfrågor. Syftet är att systematiskt samla in kliniskt relevant och rikhaltig information, som ligger till grund för att fortlöpande under intervjun pröva kriterierna i DSM-IV.

SCID II, *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders* (Fist, Gibbson, Spitzer, Williams & Benjamin, 1998) Till SCID II finns ett formulär för självskattning som fungerar som en förberedelse inför en fullständig intervju.

Bilaga 6 Neuropsykologisk bedömning

I undersökningen är allmänbegåvning samt de kognitiva funktioner som är relaterade till ADHD-diagnosen av speciellt intresse. För bedömning av allmänintellektuell förmåga används Wechsler Adult Intelligence - WAIS-III

Funktioner som är relaterade till ADHD-diagnosen är bl.a. de exekutiva funktionerna, d.v.s. funktioner som rör förmågan att initiera, planera, genomföra, reglera och avsluta aktiviteter, samt de med de exekutiva funktionerna i stor utsträckning integrerade uppmärksamhetsfunktionerna - förmågan att upprätthålla, fokusera och skifta uppmärksamhet, korttidsminne och arbetsminne.

Exekutiva funktioner kan inte studeras i renodlad form utan kommer till uttryck i samband med alla former av aktiviteter. Det finns emellertid olika psykologiska test som är mer lämpliga för studier av dessa förmågor, t.ex. test som mäter förmåga till planering/organisering, problemlösning, mental bearbetningshastighet, ordmobilisering, kognitiv flexibilitet, verbal och visuell inläring, arbetsminne och inhibering av impulser.

Prestationen på dessa test skiljer sig på gruppnivå för personer med respektive utan ADHD. Detsamma gäller fördelning av resultat mellan de olika deltesten i WAIS-III. På individnivå är emellertid inte den prediktiva kapaciteten tillräcklig, och diagnostiska överväganden bör grunda sig på en kombination av tester med delvis likartat undersökningsområde.

Personer med ADHD har en i högsta grad situationsspecifik prestationsförmåga avseende neuropsykologiska funktioner, där begränsningar i de system som reglerar emotionella/motivationella funktioners effekt på uppmärksamhet och planering tycks utöva ett mer eller mindre avgörande inflytande (Brown, 2005). Det kan med andra ord vara svårt att fånga in ADHD-symptomen i en testsituation.

Utredningsinstrument

BADS, *Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome* (Wilson, Alderman, Burgess, Emslie & Evans, 1996, Svensk Version Psykologiförlaget AB 1999) BADS avser att mäta en persons eventuella vardagliga problem som kan associeras med exekutiva störningar. Batteriet innehåller sex deltest: Regeländring, Handlingsplan, Nyckelletning, Tidsskattning, Djurparks-kartan, Sex uppgifter. Till BADS hör ett frågeformulär om exekutiva svårigheter, DEX. Det omfattar 20 påståenden.

CD testet, *Claeson-Dahls test för minne och inläring* (Claeson, Esbjörnsson, Carlé & Walbin 2003) Testet mäter framför allt verbalt episodiskt korttids- och långtidsminne och förmåga till inläring, men också kvalitativt strategival och uthållighet.

CPT II, *Conners' Continuous Performance Test II, version 5* (Conners, 2004) Testet mäter bl.a. uppmärksamhet och impulsivitet. Personen genomför en monoton procedur; att trycka eller inte trycka på en knapp när ett givet stimulus presenteras på en monitor.

d2 Test of Attention, (Brickenkamp & Zillmer, 2003) Uppmärksamhetstest avsett att bl.a. mäta snabbhet och noggrannhet i prestationen, stabilitet under arbetet och graden av fokuserad uppmärksamhet.

D-KEFS, *Delis Kaplan Executive Function System* (Delis, Kaplan & Kramer 2001. *Svenskt manualsupplement Psykologiförlaget AB 2005*) Testbatteri avsett att bedöma exekutiva funktioner hos personer i åldern 8-89 år. De nio testen är D-Kefs; Trail Making Test; Verbalt flöde; Mönsterflöde; Color-Word Interference Test; Sortering; Tjugo frågor; Begreppsförståelse; Tornet; Ordspråk.

Lurias Neuropsykologiska undersökning, (Luria, 1966; Christensen & Stegman, 1984) Neuropsykologisk metod för kvalitativ och flexibel analys av skador i funktioner kopplade till högre kognitiva processer.

PASAT, *Paced Auditory Serial Addition Test* (Gronwall, 1977) Testet mäter förmågan till delad uppmärksamhet och upprätthållande av densamma.

RCFT, *Rey Complex Figure and Recognition Trail*, (Meyers & Meyers 1995. *Svenskt manualsupplement psykologiförlaget AB 1999*) Personen ska återge en komplicerad tvådimensionell figur med hjälp av penna och papper. Testet kräver framför allt förmåga till strategival, helhetsbildning och incidentellt minne.

T.O.V.A, *Tests of Variables of Attention Continuous Performance Test* (Lawrence M. Greenberg, M.D., Ross D. Crosby, PhD, 1992) T.O.V.A. är ett objektiva neuropsykologiskt datoriserat mätinstrument avseende uppmärksamhet. Det tar 21.6 minuter att göra och mäter olika aspekter av uppmärksamhet och impuls kontroll avseende respons på visuella eller audiella stimuli.

WAIS-III, *Wechsler Adult Intelligence Scale* (Wechsler, 1997. *Svensk version Psykologiförlaget AB 2003*) Globalt och specifikt funktions- och begåvnings test som omfattar 14 deltest. Faktormässigt ges en normerad bild av en persons förmågor avseende arbetsminne, perceptuell organisation, snabbhet, verbal förmåga och även uppmärksamhet, helhetsbildning, förståelse, förvärvad kunskap, visuospatiala förmågor samt IQ-mått.

WAIS-III NI, *WAIS-III som ett neuropsykologiskt instrument* (Nyman, Johansson, Bragesjö, Bothén, Granath, Johansson, Lindström, Lundström, Nilsson, Sahlin-Berg & Waaler, 2004) Utvidgning och modifiering av WAIS-III som ger möjlighet till ett processinriktat utredningsarbete, som ger förfinad information av en persons funktionsnivå vid neuropsykologiska utredningar.

WCST, *Wisconsin Card Sorting Test* (Heaton, Chelune, Tallay, Kay & Curtiss, 1993. *Svenskt manualsupplement Psykologiförlaget AB 1996*) I detta test ska personen ordna 64 eller 128 kort i logiska serier. Testet anses känsligt för logiskt tänkande, strategival och abstraktionsförmåga.

Bilaga 7 Arbetsterapeutisk bedömning

Personer som har ADHD har exekutiva svårigheter. D.v.s. svårigheter att organisera, planera och att komma igång med saker. De har ofta bristande uthållighet och svårigheter att avsluta uppgifter. Dessa svårigheter är i mycket stor utsträckning situationsberoende och svåra att förutsäga. Den arbetsterapeutiska bedömningen är därför viktig, eftersom den skapar klarhet om hur en person med möjlig ADHD faktiskt fungerar i vardagslivet och om hur exekutiva brister kommer till uttryck.

Den arbetsterapeutiska bedömningen syftar till att kartlägga personens förmågor i olika vardagsaktiviteter, hennes/hans sociala interaktionsfärdigheter, den fysiska och psykosociala miljöns betydelse för utförandet av olika aktiviteter samt personens önskemål och behov relaterat till sin funktionsförmåga. Som underlag för bedömningen används självskattningsformulär, strukturerade intervjuer och observationer.

Utredningsinstrument

ACIS-S, Bedömning av kommunikations- och interaktionsfärdigheter version 4 (Haglund & Kjellberg, 2005) Bedömning av en persons kommunikations- och interaktionsfärdigheter i samspel med andra under någon form av aktivitet.

AMPS, Assessment of Motor and Process Skills version 3 (Bernspång, 1996) Bedömning av en persons motoriska och processfärdigheter, samt bedömning av organiserings- och planeringsförmåga. Personen utför under observationen två vardagliga aktiviteter.

COPM, Kanadensiska mätinstrument för aktivitetsutförande (Samuelsson, 1999) Skattningsinstrument där en person får värdera hur betydelsefulla olika aktiviteter är, ange vilka aktiviteter som är problematiska att utföra, och skatta sin egen förmåga att genomföra dem.

Min mening, (Hellsvik, 2000)

Självskattningsinstrument med fokus på personens aktivitetsförmåga, värderingar och prioriteringar, samt den fysiska och sociala miljöns betydelse för hans eller hennes aktivitetsutövande.

OCAIRS-S, Occupational Case Analysis Interview and Rating Scale version 4 (Henriksson & Haglund, 2005) Semistrukturerad intervju som avser att kartlägga en persons egen uppfattning om sina färdigheter, sin förmåga, samt den sociala miljöns betydelse för hans eller hennes aktivitetsutövande.

PRPP, Assessment of Perceive, Recall, Plan and Performe (Ranka & Chapparo, 2004) Skattningsinstrument avsett att mäta processfärdigheter. Bedömning av kognitiva prestationer i vardagliga och sociala situationer. Personen utför tre till fem olika aktiviteter som sedan skattas av arbetsterapeut.

Bilaga 8 Beteendeobservationer i samband med samtal och tester

Impulsivitet och impuls kontroll

- Avbryter ofta.
- Säger halva meningar.
- Associerar till olika stickspår.
- Påbörja innan instruktionerna är färdigformulerade.
- Avslutar innan helt klar.
- Motoriskt överaktiv, plockig och pillig.

Arbetsminne och relaterade funktioner

- Behöver upprepning av instruktioner eller glömmet instruktionen mitt i en uppgift.
- Tidsuppfattning: Ankomster och återbud (svårt att minnas överenskommelser och tider, kommer tidigt eller sent); självupplevda händelser t.ex. kronologi av viktiga datum (anhörigas födelsedatum, skolgång, giftermål etc.), och känsla av sammanhang.
- Starkt ökad stress vid uppgifter som ställer krav på arbetsminne, att ha "flera bollar i luften".

Reglering av arousal och motivation

- Vakenhet, energi och förmåga till ansträngning (t.ex. fungerar relativt väl i testsituationen men rapporterar extrem trötthet efter sessionerna).
- Stor variabilitet i prestationer, svårt att avgöra hur mycket ansträngning som behövs.
- Lättuttråkad
- Bristande koncentrationsförmåga och uthållighet vid mentalt ansträngande eller "tråkiga" uppgifter.
- Ökad hyperaktivitet vid mentalt ansträngande uppgifter, "tråkiga" uppgifter och/eller efter att ha arbetat ett tag.

Reglering av affekter

- Snabba humörsvägningar
- Snabba och starka känslouttryck; lätttrörd, kort stubin
- Avledbar

Förmåga att överblicka, analysera och återge händelser och beteenden

- Utvärderande.
- Okritisk, nöjd även med rätt mediokra resultat eller kritiskt oreflekterat självanklagande.
- Uttrycker ofta osäkerhet.
- Redogörelse av uppgift i efterhand; övervakning av eget beteende och svar.
- Omogenhet i ansvarstagande och sociala beteenden.

Andra exekutiva funktioner

- Långsamhet i informationsbearbetning, exempelvis svarslatenser (motoriska, verbala)
- Osmidig, odynamisk procedural motorik
- Dålig organisationsförmåga, särskilt med uppgifter som innebär flera steg

- Bristande flexibilitet vid övergångar mellan uppgifter; persevationer inom och mellan uppgifter
- Strategival och prioriteringar; förmåga att fokusera på det som är relevant för uppgiften
- Svårigheter att använda återkoppling (som erhålls av uppgiften eller ges av bedömaren)
- Stimulusstyrning, det vill säga beteendet verkar inte styras av interna representationer av information

Bilaga 9 Medicinska undersökningar som kan vara motiverade

- Medicinsk anamnes kring kända komplikationer under graviditet och förlossning och symptom tydande på traumatiska hjärnskador, CNS-infektion, förgiftning (t.ex. genom arbete), missbruk, epilepsi.
- Kroppsundersökning för undersökning av tecken på pågående somatisk sjukdom som kan ge beteendesyndrom eller påverkan på kognitiva funktioner. Undersökning av förekomst av små fysiska avvikelser som kan ge misstanke om syndrom som 22q11-deletionssyndrom, Fragil-X-syndrom eller andra kromosomala tillstånd.
- Neurologisk undersökning. Tecken tydande på CNS sjukdom (tidigare eller aktuell).
- Undersökning av motorik (ger underlag vid misstanke om DAMP).
- Hjärtundersökning med kontroll av blodtryck och puls (inför eventuell medicinering).
- Kromosomanalys. Utifrån somatiskt status, anamnes och hereditet görs en bedömning av behov av kromosomanalys. Diagnostik av kromosomavvikelser bör endast göras om patienten själv är intresserad av denna typ av diagnostik.
- EKG, EEG görs utifrån anamnes och status.
- MR, CT eller andra hjärnundersökningar är sällan indicerat.
- Laboratorieanalyser som kan vara motiverade är: rutinprover, thyroideaprover, drogscreening, leverstatus.

Medicinska tillstånd som kan orsaka uppmärksamhets- och organisations-svårigheter

- | | |
|--------------------|--------------------------------|
| • Skallskador | • Anoxisk encephalopati |
| • Demens | • <i>Vitaminbristtillstånd</i> |
| • Delirium | • <i>KOL</i> |
| • Hjärntumör | • <i>MS</i> |
| • Stroke | • <i>Epilepsi</i> |
| • Hyperthyroidism | • <i>Hörselnedsättning</i> |
| • Hypothyroidism | • <i>Medicinerbiverkningar</i> |
| • Njurinsufficiens | • Neurologisk störning |

Syndrom som kan förekomma vid ADHD och andra utvecklingsrelaterade tillstånd

- Turners syndrom; flickor med bara en X-kromosom. Kan visa sig som inlärningssvårigheter och uppmärksamhetsproblematik.
- CATCH 22; yttrar sig i form av hjärtpåverkan, speciellt utseende, dåligt eller ingen utvecklad thymus och lågt kalcium, vilket ofta kan förknippas med inlärningsproblem.
- Williams syndrom; en kombination av ett karakteristiskt utseende, fysiska symptom, bl.a. från hjärta och kärl, utvecklingsförsening och ett speciellt beteenden (bl.a. "kontaktglädje").
- Fragile-X; kan orsaka ADHD hos både flickor och pojkar. Yttrar sig som inlärningssvårigheter eller lindrig utvecklingsstörning.
- Neurofibromatos; en tumörsjukdom som kan finnas i kombination med utvecklingsrelaterade, t.ex. inlärningssvårigheter.

Bilaga 10 Hur omfattande bör en meningsfull utredning vara?

Den livligt debatterade frågan om hur omfattande en neuropsykiatrisk utredning avseende ADHD bör vara för att fylla ett meningsfullt syfte, handlar om hushållning med resurser. Å ena sidan finns den behjärtansvärd ambition att minska de för närvarande mycket långa väntetiderna för utredning genom att förkorta utredningstiden, å andra sidan den likaledes behjärtansvärda ambitionen att inte slösa bort resurser på utredningsinsatser som är otillräckliga för att vara till någon substantiell nytta för patienten. Det finns i dagsläget inte förutsättningar att på ett objektivt sätt avgöra denna fråga, och behovet av utvärdering, kvalitetssäkring och metodutveckling för olika former av neuropsykiatrisk utredning är i högsta grad aktuellt.

Nedan redovisas några förutsättningar för ett resonemang rörande frågan om utredningars omfattning. Mycket är hämtat från det Nationella Vägledningsdokumentet för vuxna med ADHD, som utarbetats av arbetsgruppen för Nationell psykiatrisamordning, under ledning av Björn Kadesjö.

Generellt måste insatserna för vuxna med utvecklingsrelaterade funktionshinder såsom ADHD ha en habiliterande snarare än en behandlande strategi. Det vill säga det behövs insatser för att hitta konstruktiva lösningar för hur individen skall kunna utforma sitt liv utifrån sina förutsättningar och, i vissa fall, hur omgivningen kan anpassas till individen snarare än åtgärder för att ”förändra” individen. De stödformer som väljs måste utgå från förståelse för individens förutsättningar och grundläggande problem.

En utredning av en person med problem som ger misstanke om ADHD ska skänka förståelse för symptom och hur de upplevs, ge underlag för utformning av stöd- och behandlingsåtgärder och innehålla en diagnostisk bedömning.

Problembild och problemens komplexitet varierar mycket hos dem som söker eller remitteras för utredning. Det innebär att utredningen måste anpassas till situationen för den person som utreds och får olika omfattning och innehåll för olika individer.

Personer med ADHD har ett funktionshinder som kan påverka de flesta livsområden – hälsa, sociala relationer, familjeförhållanden, arbete, utbildning, ekonomi, fritid. Utredningens primära uppgift är att kartlägga alla väsentliga uttryck för personens funktionshinder i syfte att förbereda meningsfulla stöd- och behandlingsinsatser.

Stöd och behandling som erbjuds måste ha en bred inriktning och samtidigt vara individuellt anpassade. Då livssituationen, problemen och behoven varierar mycket mellan individer med samma diagnos, kommer utformningen och omfattningen av stöd och behandling att variera.

För att uppnå sådana förhållanden att en person med ett ADHD kan leva ett gott liv kan han/hon behöva hjälp med:

- Kartläggning av starka och svaga sidor för att få förståelse för sina egna förutsättningar så att han/hon, med kännedom om sina begränsningar kan utnyttja sina starka sidor, komma runt hinder och tackla svåra situationer samt veta vart man kan vända sig vid behov av hjälp.
- Anpassning av den fysiska och den psykosociala miljön i arbete, hem, studier och på fritid, till ens förutsättningar. En god närmiljö innefattar att man får omgivningens förståelse med rimliga förväntningar, lämpligt bemötande och acceptans för tillkortakommanden. Man behö-

ver stöd för en positiv utveckling, och stöd för att minska risken för att funktionshindret blir handikappande.

- Stöd i vardagslivet av varierande grad. I vissa fall insatser i boende, arbete, sysselsättning, ekonomi, fritidsaktiviteter eller föräldrafunktionen genom samverkan mellan olika samhällsliga verksamheter.
- Insatser som förbättrar förmågor och lindrar symptom, såsom träning, medicinering, socialt stöd, kompensatoriska strategier, kognitiva hjälpmedel och/eller psykoterapeutiska insatser.
- Insatser till närstående med information, utbildning, fortlöpande stöd och erkännande.
(Se f.ö. avsnittet Insatser - anpassning, stöd, behandling)

Av det ovanstående framgår att en diagnos utan en åtföljande funktionsbedömning avseende kognitiv funktioner och funktioner avseende aktivitet, ger begränsade möjligheter till meningsfulla insatser för personer med ADHD. I dagsläget är medicinering med centralstimulantia möjlig att sätta in efter diagnos. Mediciner kan vara till stor nytta i behandling av ADHD, men de är ofullständigt effektiva. 20 - 50% av vuxna med ADHD svarar inte på medicinering, eller får oacceptabla biverkningar. (Wender, 1998; Wilens et al., 2002) Dessutom minskar ADHD-symptomen i genomsnitt med endast 50% hos de som svarar på medicinering (Wilens et al., 2002). De behandlingseffekter som medicineringen kan ge är dessutom svåra att bedöma utan kunskaper som går utöver de som krävs för att endast sätta diagnos (Se även bilaga 14). För att medicinering ska fungera för personer med ADHD krävs en stabil behandlingsallians mellan patient och behandlare och att behandlaren har god kännedom om patienten och hennes/hans livssituation.

Med tanke på hur svårt det ofta är att avgöra diagnosen ADHD och med tanke på hur viktiga olika former av funktionsbedömningar ofta är som ett underlag för diagnostisering, är det inte heller säkert att utredningar, som minimeras i syfte att endast ställa diagnos, skulle kunna genomföras snabbare än om de hade en mer behandlingsförberedande utformning.

Samtidigt måste det finnas balans mellan vad som är möjligt att i en utredning klarlägga av en persons förutsättningar och svårigheter och vad som sedan personen har glädje av att veta för att få vardagen att fungera och vad som behövs för att personen ska få adekvat hjälp. Allt som är möjligt att ta reda på om en person är inte praktiskt användbart. Så t.ex. är det ofta nödvändigt att vissa funktionsbedömningar görs av dem som har att genomföra stödinsatserna - i anslutning till och som en förberedelse för dessa. Den tid som läggs ner på utredning är anmärkningsvärt nog ofta mycket längre än den tid man erbjuder för hjälpinsatser.

Många insatser som kan underlätta en persons liv är inte heller egentligen diagnosberoende, och borde kunna initieras utifrån en probleminventering snarare än utifrån diagnosen.

Detta är ett relativt nytt kunskapsområde och det behövs kompetensutveckling för utredare. Skickligheten som utredare är beroende av erfarenhet. Det räcker inte med teoretisk utbildning utan man måste också se många patienter. Ju större erfarenhet man har desto säkrare kan man vara i sina bedömningar, också i att se det komplicerade. Innan en utredare fått stor erfarenhet måste man förlita sig på strukturerade program för utredningens genomförande vilket för den erfarna kan vara onödigt omständligt.

Bilaga 11 Olika roller för stöd

- **Boendestöd:** en insats som beviljas enligt socialtjänstlagen som kan inrymma allt från stöd i boendet - t.ex. att gemensamt utföra olika sysslor i hemmet - till stöd i kontakten med myndigheter, sjukvården, ideella föreningar eller närstående. Boendestödet är tänkt som ett pedagogiskt-praktiskt stöd med uppgift att stärka den enskildes praktiska förmåga att hantera vardagen, såväl inom som utanför bostaden. Stödet ska vara flexibelt och kunna utformas efter den enskildes skiftande behov och kunna variera från daglig tillsyn och hjälp till mer utspridda kontakter.
- Det finns i dag alldeles för lite kunskap om effekterna av detta psykosociala stöd. En erfarenhet är att boendestödet inte alltid är så väl utformat utifrån behoven hos en person med ADHD varför arbetet för att hitta mer specialanpassade arbetssätt är viktigt. Personer som beviljas boendestöd är t.ex. personer som omfattas av LSS och i dag alltfler personer med ADHD.
- **Mentor:** en stödperson, lärare, forskarstuderande etc. inom högskola som hjälper till att planera och strukturera studier. En mentor kan i andra sammanhang vara en stödperson från någon brukarorganisation med egna erfarenheter av vad funktionshindret betyder.
- **Personligt ombud:** en kontakt utanför vårdapparaten som hjälper klienten att bevaka sina behov/rättigheter och som hjälper till i vård- och myndighetskontakter.
- **Case manager:** (kallas ibland vårdsamordnare, lots, personlig utförare): en kontaktperson inom vården för att lotsa personen i vårdapparaten för att hitta rätt och få tillgång till olika insatser. En case manager kan ha ett bredare ansvar med planering, genomförande och uppföljning av stödinsatser, vara ombud för personen och hjälpa denne att bevaka sina rättigheter.
- **Kontaktperson:** enligt socialtjänstlagen en lekman som kan få i uppdrag att ge den enskilde stöd i personliga angelägenheter som att ge stöd i att boka läkarbesök, ordna utbildning, söka arbete eller skaffa bostad. Kontaktperson enligt LSS har ett annat uppdrag och ska fungera som en social kontakt och hjälpa den enskilde till fritidsaktiviteter och socialt umgänge.
- **God man:** en av tingsrätten förordnad som har till uppgift att bevaka personens rätt, sörja för hans/hennes egendom och/eller sörja för hans/hennes person. Denne tar ofta ett ekonomiskt ansvar men kan egentligen ha ett större uppdrag än så.

Bilaga 12 Exempel på pedagogiskt stöd för studerande på högskolenivå

- ***Alternativa tentamensförhållanden***, som förlängd tid för tentamen, muntlig i stället för skriftlig tentamen (eller tvärtom).
- ***Anteckningshjälp***, som hjälp med minnesanteckningar vid föreläsningar.
- ***Mentor eller stödperson***, till exempel en forskarstuderande eller lärare som hjälper till att planera och strukturera studierna eller en person som kan ge stöd vid vissa utbildningsmoment, till exempel under en praktikperiod.
- ***Tekniska och kognitiva hjälpmedel***, som datorer med lämpliga programvaror som skanner med talsyntes för den som har stora lässvårigheter.
- ***Anpassning av medier och kurslitteratur***. Talböcker går att söka i Talboks- och punktskriftsbibliotekets katalog på webbplatsen www.tpb.se. Man kan få hjälp med inläsning eller inskanning av kursmaterial. Studenter med läshinder kan få förlängd lånetid på högskolebibliotek.
- ***Anpassad tidsplan*** för studierna för att kunna studera i lugnare takt.

Bilaga 13 Farmakologisk behandling

Aktuella läkemedel

De läkemedel som i Sverige är godkända för behandling av ADHD hos barn och ungdomar är Metylfenidat (Concerta®, Ritalin® och Equasym Depot®) och Atomoxetin (Strattera®). Inget av dessa läkemedel är i dagsläget godkänt av Läkemedelsverket för att inleda behandling av vuxna. Även om läkare, med de inskränkningar som beskrivs nedan, har möjlighet förskriva läkemedlen till en vuxen person får avsaknaden av godkännande för behandling av vuxna konsekvenser för det praktiska arbetet. Men det finns omfattande erfarenhet av behandling med läkemedlen både från vetenskapliga studier och från de länder där de är godkända för vuxenbehandling.

Centralstimulantia

Benämningen centralstimulantia är något oegentlig då det inte är en generellt stimulerande verkan på olika hjärnfunktioner som är dess huvudsakliga effekt.

Kortverkande centralstimulantia: Metylfenidat: Ritalin® tablett, 10mg.

Dexamfetamin: Metamina® tablett, 5 mg och Amfetamin® tablett, 5 mg (finns endast för licensförskrivning).

Dessa läkemedel har kort verkningstid (ca 4 timmar, med stora individuella variationer) och därför måste de tas flera gånger per dag för att ge effekt under en hel arbetsdag. En fördel med den korta verkningstiden är att den möjliggör anpassning av dosen till den enskildes speciella behov. Nackdelen med den korta verkningstiden är att personer, vars problem ofta är notorisk glömska, ska komma ihåg att ta sin medicin flera gånger per dag. Ju fler tillfällen man ska ta medicinen ju större risk att man glömmer att ta den. Dessutom upplever inte minst unga människor att det är belastande att behöva ta medicin till exempel under skoldagen. Därför är det en fördel att det nu finns medicin med längre verkningstid.

Centralstimulantia med förlängd verkningstid: Metylfenidat: kapsel Concerta®, kapsel Ritalin®, kapsel Equasym Depot®.

Concerta® finns som depottablett, 18 mg, 36 mg och 54 mg. Concerta® utnyttjar så kallad OROS-teknologi. En första koncentrationstopp av läkemedlet kommer efter 1-2 timmar. Innehållet i två inre läkemedelsdepåer frisätts gradvis under de närmaste timmarna och maximal plasmakoncentration uppnås efter 6-8 timmar och sjunker sedan successivt. Effekten av medicinen varar ca 8-12 timmar. Tekniken har utvecklats för att motsvara kortverkande metylfenidat som tas 3 gånger om dagen och samtidigt minimera de fluktuationer i plasmakoncentrationer som uppträder med detta. Läkemedlet bryts helt ner under natten.

Kapsel Ritalin® finns i kapslar om 20, 30 och 40 mg. Kapslarna innehåller korn av snabbverkande metylfenidat (50% av den totala mängden metylfenidat) och resten korn med "modifierad frisättning". Efter intag uppnås en initial maximal koncentration efter 1-2 timmar. Det metylfenidat som ingår i de modifierade kornen löses upp efter några timmar och genererar en andra topp i plasmakoncentrationen 5-6 timmar efter administrering. Effekten varar ca 6-8 timmar. Plasmakoncentrationen av metylfenidat vid intag av Ritalin® kapslar varierar på liknande sätt som efter det att två kortverkande Ritalin® tableter intagits med 4 timmars intervall.

Equasym Depot®, finns i kapslar om 10, 20 och 30 mg. De har likartad konstruktion som Ritalin® men innehåller 30% snabbverkande metylfenidat.

Allmänt om centralstimulantia: Det är stora variationer mellan hur olika personer reagerar på dessa läkemedel. Upptag och nedbrytning av läkemedlen varierar mellan olika individer varför vissa personer har god effekt av en liten dos metylfenidat medan andra kräver betydligt högre dos. I tidigare riktlinjer angavs ofta en ungefärlig dos i relation till kroppsvikt men det finns i dag dokumentation som visar att såväl absorption som nedbrytning kan variera femfalt mellan olika personer. Därför måste man analysera den kliniska effekten under insättande av medicinen och sträva efter att uppnå optimal verkan med ett minimum av biverkningar i stället för att utgå från fasta ordinationer i relation till vikt.

Den huvudsakliga skillnaden mellan de tre läkemedlen Concerta®, Ritalin® och Equasym Depot® är att patienten får olika mängder snabbverkande metylfenidat (kapsel Ritalin® innehåller 50 % snabbverkande metylfenidat, Equasym® 30 % och Concerta® 22 %). OROS-tekniken vid Concerta® medför att utsöndringen av metylfenidat sker under längre tid och patienten har effekt av metylfenidat längre tid under eftermiddag/kväll. För att uppnå en förlängd effekt på eftermiddagen vid behandling med kapsel Ritalin® kan tillägg av tablett Ritalin® på eftermiddagen vara nödvändig.

Läkemedelstillverkarna rekommenderar 60 mg metylfenidat som högsta dygnsdos då man inte systematiskt har utprövat högre doser. Läkare med stor klinisk erfarenhet av behandling av vuxna har funnit att vissa patienter behöver en högre dos för att optimal verkan ska uppnås. Observans på biverkningar vid medicinering med högre doser är förstås angelägen.

Dosering: För detaljerad information om dosering se FASS.

För att kunna värdera medicineffekt och minska initiala biverkningar är det lämpligt att det får gå minst en vecka mellan dosjusteringarna. I vissa fall kan det vara en fördel med att starta med kortverkande metylfenidat (tablett Ritalin®) med den större möjligheten att styra medicineringen som det innebär, för att sedan övergå till långverkande preparat.

Eftersom Concerta® Ritalin® och Equasym® finns tillgängliga i Sverige bör något av dessa läkemedel väljas före ett amfetaminpreparat om det inte finns tydliga skäl till annat val. Metylfenidat och amfetamin har något olika farmakokinetik och verkningsmekanism. Studier har visat att om inte metylfenidat ger effekt så kan ibland amfetamin göra det och vice versa.

Strattera®

Atomoxetin (Strattera®) är godkänt i Sverige för behandling av barn med ADHD. Strattera® som verkar via återupptagshämning av noradrenalin har således annan verkningsmekanism än metylfenidat. Läkemedlet bedöms inte ha någon missbruksrisk. Strattera® tas som endos och har effekt över hela dygnet. Effekten kommer relativt långsamt och man kan inte vänta sig full verkan förrän efter ca 4-6 (8) veckor.

Dosering: För detaljerad information om dosering se FASS.

Andra läkemedel

Ett flertal andra läkemedel har visats kunna påverka symptomen vid ADHD men inget har sådan dokumenterad effekt att de kommer ifråga annat än i speciella fall vilka bör överlämnas till expert.

Biverkningar

Det är viktigt att innan behandlingen startar noggrant informera patienten (och eventuellt närstående) om vanliga biverkningar av läkemedlet. Mottagningen måste ha rutiner för uppföljning av biverkningar och för hur personen kan få svar på sina frågor om medicinen. Annars är det risk att otåliga personer som väntar sig snabb effekt ger upp då man i starten kanske mest upplever biverkningar och få positiva effekter.

Centralstimulantia

Biverkningar i form av magbesvär som minskad aptit, illamående, magont är vanligt framför allt under första veckornas behandling liksom negativ påverkan på sömn. Annat är huvudvärk, hjärtklappning och tics.

Lindriga psykiska biverkningar är relativt vanliga i ett inledande skede i form av sänkt sinnestämning med gråtmildhet eller depressiva känslor men de brukar försvinna efter några veckor. Reboundfenomen, d.v.s. att personen upplever trötthet blandat med irritabilitet och rastlöshet då medicinverkan försvinner på kvällen är inte ovanligt och kan av vissa personer upplevas obehagligt. Oro, överaktivering, exaltation, förvirring förekommer i sällsynta fall. Dessa mer allvarliga psykiska biverkningar motiverar nära kontakt mellan patient och mottagning och kan hindra fortsatt medicinering.

Strattera®

Vanligt i inledningen av behandlingen är trötthet, minskad aptit, ont i magen och illamående. I de flesta fall försvinner besvären efter en tids behandling. På samma sätt som för metylfenidat har Strattera® viss hjärtpåverkan och detta måste följas vid kontroller. Leverpåverkan har dokumenterats i några fall. Vid behandling av vuxna har svårigheter att kasta vatten och sexuella biverkningar förekommit.

Som för många andra psykofarmaka har olika psykiatriska biverkningar rapporterats som aggressivitet, emotionell labilitet och självmordsrelaterade beteenden (självmordsförsök och självmordstankar).

Handläggningsrutiner vid medicinering

Medicinska undersökningar innan behandlingsstart: Då aktuella läkemedel har viss hjärtpåverkan ska förskrivande läkare anamnestiskt utesluta hjärtsjukdom och hereditet för plötslig hjärtdöd samt inför behandlingsstart kontrollera blodtryck och vilopuls. Med tanke på aptitpåverkan är det lämpligt att kontrollera vikt vid behandlingsstart.

Målsättning med behandling: Målsättningen med läkemedelsbehandlingen är att uppnå maximal effekt av läkemedlet med så få biverkningar som möjligt. För att kunna värdera effekt och förekomst av biverkningar krävs nära kontakt mellan patient och förskrivande mottagning, både genom telefonkontakt och genom besök. Utvärdering av medicineffekt bör ske genom muntliga rapporter och svar på skattningsformulär.

Förslag till rutiner kring insättande/uppföljning

- Sjuksköterskekontakt en vecka efter varje dosjustering inför ställningstagande till ändrad dos.
- Mottagningsbesök med kontroll av blodtryck, puls och ev. vikt efter en vecka och efter tre veckor. Utfallet av mätningarna avgör efterföljande kontroller.

- Återbesök hos läkare efter sex veckor och sedan var tredje månad. Vid stabil och okomplicerad behandling av patient som är noggrann med att sköta medicineringen görs kontroll (ev. hos sjuksköterska) ungefär var sjätte månad. Då görs också kontroll av blodtryck, puls och bedömning av biverkningar.
- Senast efter två års medicinering görs ställningstagande till utsättning av medicinen och värdering av behovet av fortsatt medicinering.

Kontraindikationer

Missbruk

I USA har det rapporterats att det inte är ovanligt att ungdomar experimenterar med ADHD-läkemedel för att uppnå någon form av berusning. Det beskrivs att man blandar läkemedlet med alkohol till en drog i berusningssyfte eller att man drar in krossade metylfenidat- och amfetamintabletter i näsan för att uppnå den euforiska effekt man inte får om man tar dem via munnen. Även om det sannolikt är få personer som missbrukar ADHD-läkemedel i egentlig mening, är vetskapen om att det förekommer att läkemedlen efterfrågas av missbrukare eller av personer som vill berusa sig, tillräckligt för att receptförskrivningen måste ske med ytterst noggrann uppföljning.

Det absolut vanligaste missbruket hos personer med ADHD är alkoholmissbruk. Det finns få vetenskapliga data eller rapporterade erfarenheter om vad det betyder om personer med pågående alkoholmissbruk behandlas med ADHD-läkemedel. Den faktor som är viktigast i denna situation är sannolikt den opålitlighet som en person med pågående missbruk har, och som gör att man tar sina mediciner på ett nyckfullt sätt när "drogsug" uppstår. Därför måste utgångspunkten vara att behandling med centralstimulantia inte kan genomföras så länge personens missbruk är okontrollerat. För individer som lyckats bemästra sitt missbruk hamnar behandlande läkare i en gränsdragningsproblematik t.ex. vad gäller hur länge man lyckats avhålla sig från missbruket. Många av dem som har störst problem, och som mest behöver aktiv behandling, har missbrukserfarenheter. Det finns i dag erfarenheter av framgångsrik behandling med centralstimulantia under noggrant kontrollerade former av motiverade patienter med ADHD och missbruksproblem. För patienter som förmår uppfylla kraven på drogfrihet (vidimerat genom prover) kan läkemedelsbehandling förmodligen underlätta en fortsatt avhållsamhet från missbruk.

Hjärtsjukdom

Både centralstimulantia och Strattera® har en viss hjärtstimulerande verkan. Efter plötsliga dödsfall som drabbat några personer (barn och vuxna) som behandlats med ett amfetaminpreparat, Adderall®, är det inte längre tillgängligt i Kanada. Preparatet finns inte i Sverige men uppgifterna har ytterligare tydliggjort vikten av att vara noggrann med att ta anamnes på hjärtfunktion och ärftlighet för hjärtproblem (i första hand "plötslig hjärtdöd") och att kontrollera blodtryck före förskrivning av dessa läkemedel.

Psykosjukdom

Att amfetamin i höga doser kan utlösa psykos är väl känt från missbruksvården. Det finns också rapporter om att centralstimulantia i terapeutiska doser har utlöst psykotiska symptom hos en psykosbenägen individ. Det innebär att manifesta psykossymptom bör ses som absolut kontraindikation för behandling med centralstimulantia. Tidigare psykos t.ex. övergående missbruksinducerade psykos, som ligger flera år bakåt i tiden, innebär avvägningssproblem,

där försiktighet är på sin plats. Stabiliserad manodepressiv sjukdom utgör inte hinder för behandling med centralstimulantia.

Depression

Centralstimulantia och Strattera® skall ges med försiktighet till patienter med svår depression, svår ångest eller med aktuella suicidtankar, eftersom det kan finnas risk för försämring av dessa tillstånd.

Epilepsi

Det har funnits misstankar om att behandling med centralstimulantia sänker kramptröskeln och ökar risken för epileptiska anfall hos barn med kramphenägenhet. Därför har rådet varit försiktighet med denna medicinering till barn med epilepsi. Nyare studier har inte kunnat belägga dessa misstankar utan istället visat att barn med välinställd epilepsi och ADHD kan ha god effekt på ADHD-symptomen av behandling med centralstimulantia. Kunskapen om förhållanden hos vuxna med epilepsi eller annan hjärnskada eller CNS-sjukdom är mindre varför försiktighet måste tillrådas såväl vid medicinering med centralstimulantia som med Strattera®.

Tics.

Centralstimulerande läkemedel har satts i samband med uppkomst eller försvårande av motoriska och verbala tics. Utveckling av tics skall därför följas under behandlingen och utlösande/accentuerande av tics kan i vissa fall motivera dosreduktion eller behandlingens avbrytande. Vid behandling av barn med Strattera har studier visat minskning av tics.

Läkemedelsbehandling av ADHD vid missbruk

Förekomst av ADHD bland missbrukare är högre än bland andra. Ungdomar med ADHD och allvarliga sociala problem under barndom och tonår löper förhöjd risk att hamna i alkohol- och narkotikamissbruk. Forskningen har visat att denna grupp har en tidigare debut av sitt missbruk. Det finns erfarenheter som visar att för individer med missbruk och beroende så innebär igenkännande, stöd och behandling av eventuella ADHD-problem större möjligheter att ta sig ur missbruket.

Förekomsten av betydande ADHD-problem bör undersökas inför behandlingsinsatser för en individ som har alkohol- eller narkotikaproblem. Inom den specialiserade beroendevården bör screening av ADHD ingå som en del av grundutredningen av nya patienter. Om screening ger misstanke om att patienten har ADHD bör en fullständig utredning alltid göras. Utredningen kan i de allra flesta fall genomföras i öppenvård men förutsättningen är att patienten är drogfri under utredningen. Det krävs för att rätt kunna bedöma personens symptom och funktionsnivå. Ibland lyckas personen trots ansträngningar inte helt avstå från droger, och i dessa fall kan det ibland behövas kompletterande utredning i slutenvård, antingen under en behandlingshemvistelse eller under inläggning på en missbruksavdelning.

Kliniska erfarenheter av medicinering med metylfenidat (Concerta®, Ritalin®) och atomoxetin (Strattera®) är positiva och visar att många personer uppnår en drogfrihet för första gången på lång tid.

Insättande av läkemedel för en person med ADHD och missbruk kräver en tät kontakt med den aktuella mottagningen för medicinhämtning, drogkontroller och individuell dosanpassning. Lämpligast deponerar personen sin medicin på mottagningen för utdelning, till att börja med 2-3 ggr i veckan. Under insättningsfasen kan drogsug uppstå men risken för återfall kan ofta pare-

ras av en tät kontakt med mottagningen. Insättningen följer i princip den som gäller för vuxna utan missbruk, men vanligen med något högre slutdos för personer med tidigare missbruk.

För att läkemedelsbehandling vid ADHD hos personer med alkohol- eller narkotikaberoende ska bli framgångsrik måste de ges tillsammans med psykosociala insatser, till exempel färdighetsträning och/eller återfallsprevention. Många har under lång tid behov av fortsatt stöd, i vissa fall ett omfattande sådant.

Bilaga 14 Nya riktlinjer från Läkemedelsverket för läkemedelsbehandling av ADHD

Huvudbudskap

- Läkemedelsbehandling av ADHD ska ses som en del i ett behandlingsprogram, då stödåtgärder visat sig vara otillräckliga.
- Individuellt anpassade behandlingsmål ska beskrivas innan läkemedelsbehandlingen påbörjas.
- Innan läkemedelsbehandling inleds bör:
 - Förutsättningarna för god följsamhet till behandlingen och behovet av stöd eller hjälpmedel beaktas
 - Patient, och i förekommande fall, anhöriga och andra viktiga närstående, utbildas och informeras om läkemedelsbehandlingen
 - Skattning avseende tillståndets svårighetsgrad genomförs.
- Korttidsbehandling: För behandling av okomplicerad ADHD finns mest erfarenhet av metylfenidat, som får betraktas som förstahandspreparat. Atomoxetin kan övervägas som förstahandspreparat under vissa omständigheter, såsom vid missbruk/risk för missbruk eller annan felaktig användning i familjen alternativt i närmiljön, svåra tics eller allvarlig sömnstörning.
- Långtidsbehandling: Endast en mindre del av patienterna fullföljer behandlingen i långtidsstudier. Effekt- och säkerhetsdata är därför mindre övertygande.
- Läkemedelsbehandlingen effekt och säkerhet bör regelbundet utvärderas.

Förskrivningsrätt

Concerta (metylfenidat) introducerades 2002 som det första godkända läkemedlet för behandling av ADHD i Sverige. Samtidigt utfärdade Läkemedelsverket föreskrifter (LVFS 2002:7) om att narkotikaklassade läkemedel för behandling av ADHD hos barn och ungdomar endast skulle få utlämnas från apotek om det förskrivits av läkare med specialistkompetens i barn- och ungdomspsykiatri eller barn- och ungdomsneurologi med habilitering. Förskrivningsrätten kommer nu, genom en ny föreskrift som trädde i kraft den 1 dec 2008 att utvidgas och kommer därmed att omfatta läkare med specialistkompetens inom samtliga psykiatriska specialiteter, det vill säga barn- och ungdomspsykiatri, allmän psykiatri och rättspsykiatri samt därutöver specialistkompetenta inom barn- och ungdomsneurologi med habilitering. Dispens kan undantagsvis beviljas av Läkemedelsverket för läkare med annan specialistkompetens.

Bilaga 15 Kvalitetsutveckling

Det finns ett stort behov av att utveckla och kvalitetssäkra behandlingsprogram och stödinsatser till personer med ADHD. I dag är det vetenskapliga underlaget för att ta ställning till lämpliga behandlingsmetoder bristfälligt. För att på sikt uppnå kravet på att all offentlig vård ska vara evidensbaserad krävs omfattande metodutveckling med dokumentation och utvärdering.

Evidensbaserade metoder valideras samtidigt ofta med utgångspunkt från insatsens/behandlingsens effektstorlek mätt som minskningen av ADHD-symptom. En sådan minskning ger emellertid begränsad information om personens tillstånd eftersom sambandet mellan symptomlindring och vad som händer i verkliga livet, i form av en förbättrad livssituation eller reducerade funktionshinder är relativt svag. De färdighetsbrister och de effekter av den psykiatriska eller sociala samproblematik som nästan alltid föreligger hos personer med ADHD, fångas inte heller in i mätningar avseende reduktion av kärnsymptom. Ofta exkluderas dessutom personer med samproblematik från effektivitetsstudier.

För att kunna göra en cost-benefit-analys av olika insatser för personer med ADHD är det nödvändigt att mäta personens livskvalitet före och efter insatser. Det finns ett antal instrument som kan användas i detta syfte för personer med ADHD. The Adult ADHD Quality-of-life scale - AAQoL (Brod et al, Primary psychiatry vol 12, no 6 2005) är ett validerat instrument som dock inte finns i svensk översättning. The ADHD Impact Module Adult - AIM-A (Jeanne M Landgraf, J. of Attention Disorder 2007) finns däremot i svensk översättning. Gunnel Hellström har utarbetat ett formulär baserat på WHO:s hälsobeskrivning International Classification of Functions - ICF och "Den årliga undersökningen av levnadsförhållanden" (ULF) (Behov av habiliteringsinsatser för vuxna med diagnos ADHD eller DAMP inom Stockholms län, 2004).

Bilaga 16 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering

Socialstyrelsens har utfärdat föreskrifter (SOSFS 2007:10) för hur landstinget och kommunen gemensamt skall utarbeta rutiner för samordningen av insatser för enskildas habilitering, vilket bör få betydelsefulla konsekvenser för samarbetet kring personer med ADHD. Ur föreskrifterna kan följande sammanfattas:

Rutinerna skall utformas på ett enhetligt sätt inom ett län eller en region. De skall säkerställa att verksamheter som svarar för insatser skall erbjuda den enskilde samordning, om denne har behov av detta. Planeringen av samordningen skall genomföras tillsammans med den enskilde och med respekt för dennes självbestämmande och integritet. Den enskilde bestämmer om han eller hon vill att någon eller några närstående skall delta i planeringen av samordningen.

Den som har utsetts att ansvara för samordningen skall ansvara för att en plan för samordningen upprättas. Planen skall dokumenteras och skall innehålla

1. uppgifter om den enskildes behov, förutsättningar och intressen,
2. mål för de samordnade insatserna,
3. planerade och beslutade insatser,
4. uppgifter om vem eller vilka som skall genomföra insatserna,
5. en tidsplan för samordningen av insatserna, och
6. en beskrivning av hur och när punkterna 1 - 5 skall följas upp och utvärderas.

Även namnet på den person som utsetts att ansvara för samordningen, samt dennes adress och telefonnummer, skall framgå av planen. Insatserna kan vara arbetslivsinriktade, medicinska, pedagogiska, psykologiska, sociala och tekniska och bör kombineras utifrån den enskildes behov, förutsättningar och intressen.

Den personal från berörda enheter inom landstinget och kommunen som behövs för att genomföra beslutade insatser skall kallas att medverka i planeringen.

Planen som har upprättats skall lämnas till den enskilde. Vid behov skall planen kunna erbjudas i en annan form än skriftlig. En kopia av planen skall föras till patientjournalen. Om den enskilde får insatser med stöd av socialtjänstlagen eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, skall en kopia av planen också föras till motsvarande dokumentation enligt dessa lagar.